Niveau(x) d'enseignement: 5 Numéro EDUQ : 8470297
Centre d'intérêt: 240

Saucier, Jean-François.

Adolescents et prévention : rapport préliminaire / Jean-François Saucier et Mireille Steinberg. -- Montréal : Université de Montréal, Section des sciences du comportement : Hôpital Sainte-Justine, Centre de recherche pédiatrique, 1979.
128 f. ; 28 cm.

Texte français avec résumés en anglais à la fin des chap.
Bibliogr.: f. 123-128.

Descripteur(s): *Santé *Alcoolisme *Drogue *Alimentation *Hygiène *Education sanitaire *Adolescent *Prévention *Maladie *Attitude de l'étudiant *Comportement de l'étudiant *Secondaire (Niveau) *Collégial (Niveau)

L'adolescence apparaît comme un moment privilégié pour intéresser les individus à des activités de prévention dans le domaine de la santé. La présente étude examine précisément la sous-culture des adolescents montréalais francophones scolarisés en ce qui touche les domaines de la santé, de la maladie et de la prévention. Il s'agit de déterminer dans quelle proportion les adolescents ont des comportements favorables à la prévention, des attitudes qui la facilitent et des connaissances qui l'étayent.

L'enquête a été menée, de janvier à avril 1977, auprès d'une population-cible des niveaux secondaire I à V et collégial I et II, provenant de l'ensemble de l'île de Montréal, soit 3791 classes. En pratique, on a retenu 4,4% de ces classes comme échantillon, soit 168 classes regroupant environ 5040 sujets. On a utilisé un questionnaire, qui consiste en une grande variété d'échelles d'attitudes, une échelle de connaissances, deux échelles de valeurs et qui inclut de multiples autres renseignements. Une partie du questionnaire est un "tronc commun", l'autre est constituée d'une de dix variantes réparties au hasard.

Les résultats démontrent une détérioration des comportements et des attitudes avec l'âge, due à l'influence négative de la société envers la santé. D'autre part, il apparaît, dans la majorité des cas, que la fréquence des pratiques de santé et des attitudes de prévention est plus élevée chez les filles que chez les garçons. Contrairement aux attentes des chercheurs, il ne semble pas que les adolescents de la classe ouvrière soient plus réticents envers les pratiques préventives que ceux des classes aisée ou moyenne. Enfin, il y a peu de corrélations significatives entre les variables du comportement et d'attitudes, et ces corrélations n'augmentent pas avec l'âge, ce qui infirme l'idée de l'émergence d'une "culture de prévention".

Type de document: r
Région(s) administrative(s): 063

EDUQ 8470297

ADOLESCENTS ET PREVENTION
(Rapport préliminaire)

Jean-François Saucier et
Mireille Steinberg

EDUQ 8470297

ADOLESCENTS ET PREVENTION

(RAPPORT PRELIMINAIRE)

Jean-François Saucier, M.D., Ph.D.

et

Mireille Steinberg M.A.

(With summaries in English)

REÇU
NOV 30 1981
SECRÉTARIAT À LA COORDINATION DE LA RECHERCHE

ADOLESCENTS ET PREVENTION

(Rapport préliminaire)

Jean-François Saucier, M.D., Ph.D.

et

Mireille Steinberg, M.A.

(with summaries in English)

Section des Sciences du Comportement
Département de Psychiatrie
Université de Montréal

et

Centre de Recherche Pédiatrique
Hôpital Ste-Justine
Montréal

Montréal, Mars 1979.

TABLE DES MATIERES

Introduction..... 5

Remerciements..... 6

Chapitre I..... 9

Chapitre II..... 35

Chapitre III..... 49

Chapitre IV..... 73

Chapitre V..... 95

Annexe..... 99

Références..... 123

SUMMARIES IN ENGLISH

Introductio..... 7

Chapter I 29

Chapter II..... 45

Chapter III..... 66

Chapter IV..... 92

Chapter V..... 97

Appendix 100

References..... 123

INTRODUCTION

Pour prévenir avec succès l'apparition de maladies graves à l'âge adulte, on doit commencer tôt car, comme le montrent la plupart des travaux récents, ces maladies sont le résultat d'un processus lent et cumulatif.

On peut intéresser les individus à des activités de prévention à diverses périodes de leur vie, mais il semble que certains moments sont plus propices que d'autres pour le faire. Nous-mêmes, pensons que l'adolescence est un de ces moments propices car c'est à cette période que l'individu augmente de façon marquée la prise en charge de sa vie et devient ainsi plus capable de prendre des décisions qui l'engagent à long terme.

C'est pour cette raison que nous avons entrepris une enquête sur la sous-culture des adolescents montréalais francophones scolarisés en ce qui touche les domaines de la santé, de la maladie et de la prévention; dans quelle proportion ont-ils des comportements favorables à la prévention, des attitudes qui la facilitent et des connaissances qui l'appuient? Cette enquête par questionnaire, faite de janvier à avril 1977, est une première exploration, nécessaire pour nous situer, mais qui ne peut donner que des indications sur ce qu'on pourrait faire pour améliorer les comportements, attitudes et connaissances des adolescents. Seule une expérimentation ultérieure, avec mesures objectives précises, pourra nous renseigner de façon définitive sur les méthodes les plus efficaces à utiliser auprès de nos adolescents. Comme l'a bien montré O'Neill (1977), la conviction et l'enthousiasme des intervenants (professeurs, infirmières et médecins des D.S.C.) ne sont plus suffisants dans l'action préventive.

Ce rapport préliminaire est un premier débroussaillage de la grande quantité des données que nous avons recueillies. Il est de plus limité aux cinq niveaux du secondaire, car les données recueillies aux deux premiers niveaux du collège (Cégep I et II) ne sont pas encore disponibles. De plus, nous avons dû nous limiter, dans ce premier temps, à des analyses de variance simple et à des corrélations bi-variées qui nous aideront, ainsi que le lecteur, à élaborer des hypothèses complexes pour une analyse plus raffinée.

Ce rapport est constitué de cinq chapitres. Le premier fait une brève revue des connaissances existantes sur divers concepts qui servent de base à notre enquête. Dans le deuxième chapitre, la méthodologie de l'enquête est explicitée, de même que quelques hypothèses générales sur le type de données que nous avons choisi d'analyser. Le troisième chapitre est consacré à l'analyse de variance simple de l'influence du sexe, de la classe sociale et du niveau scolaire sur divers comportements et attitudes. On trouvera au quatrième chapitre

un résumé des corrélations bi-variées entre ces divers comportements et attitudes. Enfin, une série d'autres hypothèses seront formulées dans le cinquième chapitre pour orienter le lecteur vers nos futures analyses multi-variées. On trouvera en annexe les quarante-cinq tableaux sur lesquels le troisième chapitre est basé, et que le lecteur pourra analyser lui-même à loisir.

REMERCIEMENTS

Nous voudrions tout d'abord remercier nos répondants, les quelques cinq mille adolescents montréalais qui volontairement ont bien voulu donner une heure de leur temps à notre enquête. L'analyse des données a montré qu'ils ont pris leur tâche au sérieux et qu'ils se sont appliqués à répondre sincèrement et complètement à nos questions. Merci aussi aux professeurs, aux directeurs des écoles publiques et des collèges privés et aux autorités de toutes les Commissions Scolaires de l'Ile de Montréal qui nous ont donné la possibilité de faire notre enquête. Grand merci aux autorités des D.S.C. de l'Ile qui se sont vivement intéressés à notre enquête ainsi qu'à plusieurs infirmières scolaires, en particulier à Madame Rita Sylvestre du D.S.C. de Ste-Justine que nous avons consultée. Un merci cordial à notre consultant en statistiques, Docteur Louis Laurencelle ainsi qu'au Docteur David Gochman qui nous a inspiré par ses nombreuses publications (voir références)et qui nous a conseillé à plusieurs reprises au cours de notre recherche.

Nous remercions aussi nos assistants de recherche qui ont visité les classes et codé les questionnaires. Merci à la grande collaboration du cen re de calcul de l'Université de Montréal qui s'est accomodé à notre masse de données et à Rachel Achsen et Chantal Hernandez sans qui ce rapport n'aurait pas pu être imprimé. Nous remercions enfin le Programme National de recherche et de développement en matière de santé qui nous a donné les fonds nécessaires à cette entreprise (Projet No. 605-1356-42) et qui a été très souple pour accepter les modifications inévitables au cours de ses trente-trois mois d'existence.

Jean-François Saucier
Mireille Steinberg.

SUMMARY

One is becoming aware that in order to be efficient in preventing severe illnesses of adult age, one has to start early. We believe that adolescence is one particularly favorable moment to start acquiring a life style favorable to an efficient prevention: it is a period when the individual significantly increases his own initiative in the conduct of his life and becomes more able to take long-term decisions. It is for this reason that we started a survey on the sub-culture of francophone schooled adolescents of the island of Montreal concerning health, illness and prevention. This survey, using a questionnaire, and pursued from July to April 1977, is a preliminary exploration that was necessary to give us basic informations but that can give us only hints on what could be done to improve adolescents' behaviors-attitudes and knowledge on prevention. Only an experiment, with objective measures, will indicate the most efficient methods to use with our adolescents. As O'Neill (1977) has shown, conviction and enthusiasm are not sufficient in preventive action.

This preliminary report is a first step in the analysis of our numerous data of the five levels of high school. It is limited to simple analysis of variance and to bivariate correlations but will help to find more refined hypotheses.

Five chapters constitute the report. Chapter I quickly reviews the basic knowledge about prevention and adolescence. Chapter II contains the methodology used in our survey, the statistical tools used in this analysis and our hypotheses. Chapter III describes the behaviors and attitudes of our respondents with a first analysis of the effects of sex, social class and school level on those variables. Chapter IV reviews the bivariate correlations between many behaviors and attitudes of our respondents. Chapter V briefly summarizes further hypotheses that will be tested in the future on all our respondents, that is, two level of college in addition to the five levels of high school reviewed here. Finally, an appendix ("annexe") contains 45 statistical tables on which the analysis of chapter III is based.

We are very grateful to our 5.000 respondents, to their teachers and school directors and to the authorities of all the francophone public and private school systems of the island of Montreal. Also many thanks to the public health authorities of the island (the D.S.C.)that were interested in our survey and to many school nurses, in particular Mrs Rita Sylvestre of Ste-Justine Hospital, who were very helpful. We thank our statistical consultant, Dr. Louis Laurencelle and also Dr. David Gochman, who through his numerous publications (see references) and his frequent advice helped us a great deal in our investigation.

We also thank our research assistants who visited the school classes and coded the questionnaires. Thanks to the cooperation of the Centre de Calcul de l'Université de Montréal that adapted to our masees of data, and to Mrs Rachel Achsen and Chantal Hernandez who typed this long report. Finally we are very grateful to the National Health Research and Development Program that funded our survey (grant No. 605-1356-42) and to its personnel who were very flexible in their support and advice during the thirty-three months of our work with them.

Jean-François Saucier
Mireille Steinberg

CHAPITRE 1

POSITION DU PROBLEME

Au début du siècle, grâce aux progrès dramatiques de la médecine et à l'avance des mesures d'hygiène publique, l'état de santé collectif semblait être une question résolue. Vaccins et antibiotiques paraissaient avoir pris le dessus dans la lutte contre les grands fléaux microbiens qui menaçaient la survie et la longévité de l'espèce humaine. Les maladies de source exogène (tuberculose, diphtérie, gastro-entérite, poliomyélite, etc.) étaient conquises, et l'on pensait qu'il ne restait plus, pour assurer le bien-être de tous, qu'à mettre les soins médicaux à la portée des strates sociales défavorisées.

Cependant, au Canada tout comme aux Etats-Unis, nous assistons depuis une vingtaine d'années à la résurgence de graves problèmes de santé, avec répercussions sérieuses sur l'existence de l'individu et sur l'équilibre de la société. Ce qui rend la situation particulièrement alarmante, c'est que la population la plus vulnérable a été identifiée comme étant aussi la "population active ... l'effectif reproducteur du pays" (Les principales causes de décès dans la population active - Québec 1951-1971), soit les individus entre 15 et 64 ans. A l'instar du contexte nord-américain, le coût des services médicaux, au Québec, augmente à un rythme vertigineux, alors que notre niveau de santé, au lieu de s'améliorer, prend au contraire un virage inquiétant.

Etiologie et nature changeante de la maladie

Dans l'une des Monographies des Affaires sociales - Santé (Janvier 1974), nous lisons que "les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les accidents représentent près de 82% de la mortalité générale", et qu'elles réunissent "plus des quatre-cinquièmes de tous les décès du groupe d'âge concerné (i.e. 15 à 64 ans) en 1971". En 1951, cette proportion n'était que de 65%. Donc, en dépit des progrès de la médecine curative moderne, notre "jeune" population est extrêmement vulnérable à des risques croissants contre lesquels vaccins et médicaments ne peuvent que peu ou rien. Par contre, l'étude de la nature de ces maladies et des forces qui en influencent l'incidence et le cours (i.e. leurs causes) offre certaines perspectives de résolution.

Nous avons déjà à notre disposition un nombre substantiel d'études qui soulignent fortement le rôle prépondérant des habitudes de vie dans le déclenchement, et l'évolution des maladies de notre époque. Si l'étiologie des cancers et des maladies cardiovasculaires est complexe et multidéterminée, elle a malgré tout une source en commun avec les accidents, soit le comportement humain. Les comportements individuels (suralimentation, sédentarisme, surconsommation

d'alcool et de cigarettes, conduite irresponsable au volant, etc.) contribueraient, dans une large mesure, à la crise actuelle. La machine biologique, plus que tout autre appareil, est sensible aux usages auxquels elle est soumise; son adaptation légendaire a des limites. La source des maladies contemporaines n'est plus un facteur infectieux exogène auquel l'individu succombe, mais un facteur endogène, auto-infligé. On n' "attrape" plus la maladie, on la "nourrit". Qui plus est, on commence à la nourrir très tôt dans la vie (Williams et al, 1977).

Les résultats d'enquêtes aux Etats-Unis révèlent que 25% des étudiants des niveaux secondaires fument régulièrement (Kandel et al, 1976), que 5% à 15% devraient perdre du poids (Rogers et Reese, 1964), et que 40% d'enfants âgés de 11 à 14 ans présentent au moins un risque de maladie cardiovasculaire (Williams et al, 1977). L'artériosclérose commence à être vue comme une maladie "pédiatrique" (Mitchell, 1973). En vue de ces constatations, la Fondation de Santé américaine propose l'instauration, d'urgence, de programmes de prévention pour les jeunes, afin de leur inculquer des habitudes de vie plus saines, et un plus grand sens de responsabilité envers leur propre santé. Une étude de Breslow (1972) démontre qu'un individu qui observe régulièrement certaines pratiques d'hygiène, vit 11 ans de plus que la moyenne des gens qui se désintéressent de leur santé.

Les auteurs de la Monographie des Affaires sociales - Santé (1974) notent aussi que "le Québec a une plus forte proportion de tumeurs à presque tous les âges; (et que) les maladies de l'appareil circulatoire ont un indice plus grand au Québec qu'au Canada chez les hommes en bas de 50 ans, et chez l'ensemble des femmes". Entre 20 et 24 ans, les décès masculins dépassent les décès féminins, surtout à cause du taux des accidents et des maladies cardiovasculaires. Après 45 ans, ce sont les tumeurs qui sont responsables de cette disparité entre les sexes. Le rapport Lalonde (1974) confirme que "au Canada en 1971, deux fois plus d'hommes que de femmes sont décédés entre l'âge de 15 et de 70 ans". Il convient toutefois de relever que les tendances statistiques actuelles indiquent que les femmes, jusqu'ici favorisées, semblent en voie de rattraper les hommes sur le chemin de la mortalité précoce. Enfin, pour les deux sexes, les accidents et les tumeurs des voies respiratoires accusent des augmentations particulièrement alarmantes.

Dans une allocution prononcée en juin 1977, le ministre Lalonde affirme que le taux d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires et tumeurs malignes est à la hausse, et que la perte de salaires des malades en âge de travailler "dépasse 50 millions de dollars par année" pour le Canada. Les frais d'hospitalisation se chiffrent par milliards! Les souffrances et les privations personnelles sont incalculables. Quant au fardeau économique national, "le taux annuel d'augmentation du coût des soins de santé se situe entre 12% et 16%, excédant de loin le taux de croissance économique du pays". A ce rythme, luxe ou nécessité, le système de distribution des soins ne pourra pas être subventionné indéfiniment.

Le rapport Lalonde (1974) et le rapport du Ministère des Affaires sociales du Québec (1974) concluent, parallèlement, que les causes de la plupart des décès actuels sont "en grande partie fonction du mode de vie des individus", et que le problème majeur est de trouver le moyen de motiver les individus à se préoccuper davantage de leur santé, et à réévaluer leur mode de vie. Or, si les germes des maladies modernes sont déjà semés au cours de la jeunesse, c'est cette population qui devrait avoir une place prioritaire dans la formulation de programmes d'éducation et de prévention.

Médecine contemporaine et sciences sociales

Si nous acceptons comme prémisse de base que l'individu contrôle, par ses comportements, l'un des facteurs les plus importants dans l'évolution de sa santé, l'étude des antécédents du comportement humain devient cruciale dans l'amélioration de la santé collective. Le problème est de taille, car dans bien des cas, nous devons instaurer des changements de motivation, et des changements d'habitudes bien ancrées, en l'absence de symptômes ou de sensations somatiques inquiétantes. En effet, la gestation des maladies modernes est lente; leurs effets généralisés, chroniques ou débilitants, ne se manifestent généralement que lorsqu'ils sont déjà irréversibles. Nous savons que même face à la maladie, l'adhérence aux traitements prescrits est instable (Becker et al, 1966, 1975). Ce que la science médicale doit maintenant reconnaître et tenter de résoudre, c'est l'intrication extraordinairement complexe de la biologie et du comportement humain. La solution de nos problèmes de santé ne repose plus uniquement au fond d'une éprouvette, mais dans le regroupement et la convergence d'efforts interdisciplinaires. Les sciences sociales doivent se pencher sur les déterminants des habitudes de vie, tels que l'origine et les priorités du système de valeurs qui dicte nos attitudes et régit notre comportement, les moyens de motiver des changements d'habitudes, la nature des obstacles qui se dressent entre connaissances et applications des connaissances, etc. Tous ces éléments revêtent aujourd'hui une grande importance dans le cadre de référence et les poursuites de la "nouvelle" médecine, qui a déjà trouvé des noms aptes et descriptifs dans la littérature contemporaine, soit "médecine behaviorale" (N. Miller, 1975) ou "médecine globale" (Lalonde, 1974).

La médecine globale est une approche médicale qui reconnaît la place importante occupée par les déterminants du comportement humain dans la progression de nos maladies modernes; elle reconnaît la primauté de l'éducation et de la diffusion d'information, mais elle observe et étudie les facteurs humains qui entravent l'utilisation de ces connaissances. Il faut cependant éviter le piège d'une fixation disproportionnée à la prévention qui irait jusqu'à nous faire négliger le soin de nos malades actuels, ou la qualité du service de distribution des soins. La prévention ne doit pas évoluer au détriment d'une thérapeutique médicale toujours indispensable. Il ne s'agit pas de minimiser, ou de bloquer les

avances et les efforts de la science médicale, mais d'élargir son cercle d'intérêts et de participants. Dans cette optique, les sciences sociales et comportementales ont clairement une contribution importante à apporter au domaine de la santé.

Rappelons toutefois que le comportement humain ne se manifeste pas dans le vide, mais prend forme à l'intérieur de normes sociales. C'est la société qui détermine, en fin de compte, ce qui est acceptable, et ce qui ne l'est pas.

Le facteur socioculturel

L'approche préventive semble suggérer, au premier abord, que le fardeau de la responsabilité de la santé repose sur les épaules de l'individu. Mais il faut surtout se garder de disculper les forces socio-économiques et culturelles qui enlèvent souvent à ce même individu "la place, le temps, les moyens et l'envie" d'un "savoir-vivre" adéquat (Tremolière, 1976). Nous ne pouvons, en toute conscience, accuser l'individu de trop fumer, de trop boire, ou de mal se nourrir, lorsque nous permettons une publicité effrénée, aux promesses fallacieuses, de la cigarette, de l'alcool, et de bien des aliments d'une valeur nutritive douteuse. Nous ne saurions passer sous silence les conditions écologiques qui nous sont imposées par les avances de la technologie, et les abus ou les négligences de notre système économique et de notre civilisation (pollution de l'air et de l'eau, mise sur le marché d'aliments "vides" et de produits délétères, stress, mauvais état des routes, etc.).

Récemment, un médecin de Harvard (Eisenberg, 1977) soulignait qu'un pays ne peut sérieusement prôner la prévention, sans soupeser et accepter les conséquences économiques, législatives, pédagogiques et médicales qu'un tel changement de politique entraînerait. Car en fin de compte, poursuit-il, c'est un processus socio-politique et non scientifique qui moule et modifie les valeurs culturelles véhiculées par nos grandes institutions. Selon Eisenberg, nos campagnes d'information ne seront vraiment efficaces sur une grande échelle, que lorsqu'elles feront partie intégrale d'une approche sociale globale. Si l'attribution de responsabilité à l'individu ne doit pas diminuer l'importance de l'intervention sociale, on peut cependant espérer qu'une opinion publique éduquée, informée et convaincue ne saurait ignorer, ou subir tout passivement les effets nocifs de l'environnement. Des demandes et des pressions seraient sans doute exercées pour hâter l'amélioration de la qualité du milieu, et forcer l'Etat à refléter l'expression de la nouvelle volonté collective.

Prévention passive et prévention active

Bon nombre de chercheurs qui se sont penchés sur les problèmes de santé collective préconisent un redressement des comportements individuels "irrationnels" par la rééducation du public (McKeown, 1977), ou affichent, au contraire, un pessimisme noir

sur la possibilité de changer les habitudes de vie; ils recommandent alors la réglementation et le contrôle rigide de l'environnement. Ces positions opposées constituent le noyau de la controverse sur les mérites relatifs de la "prévention active" et de la "prévention passive". Les uns comme les autres manquent de prendre en considération la conjonction des forces sociales, économiques et psychologiques qui forgent le comportement personnel.

L'individu hérite de normes culturelles et d'un contexte économique qu'il va intégrer, modifier, ou parfois rejeter, selon ses capacités et ses possibilités personnelles, et les forces sociales qui s'exercent sur lui. Dans ce contexte, ses propres réactions, déterminées par ses perceptions ou ses convictions, et combinées aux apports extérieurs qu'il reçoit, ainsi que son bagage génétique, vont décider du sort de sa santé (Leighton, 1974). Donc d'une part, les soi-disants comportements "irrationnels" ont peut-être une logique qui échappe à l'évaluation simpliste, mais qui trouve son explication dans l'interaction des écologies internes (perception de soi, capacité relationnelle, valeurs personnelles, attitudes, etc.) et externes (normes, conditions de vie, valeurs sociales, etc.). D'autre part, il est probablement irréaliste de penser que l'on peut légiférer, dans une société pluraliste et démocratique, toutes les conduites individuelles et standardiser le comportement humain. L'univers complexe dans lequel nous vivons requiert plutôt que nous sachions exercer notre libre choix, et prendre des décisions réalistes et préservatrices de l'intégrité personnelle, face à une multitude de données.

Probablement à cause des difficultés et des ramifications d'un programme de prévention active, cohérent et extensif, il se pratique surtout des actes de prévention tertiaire (soulagement et traitement de conditions chroniques irréversibles) ou secondaire (intervention rapide <u>après</u> l'apparition de symptômes). Même à ces niveaux, parmi le personnel médical, un trop grand nombre néglige encore le rôle du facteur humain et du cadre socioculturel dans l'évolution de la maladie. La <u>prévention primaire</u>, qui vise à empêcher l'apparition de symptômes et à favoriser le prolongement d'un état de santé optimal, est pratiquée avec parcimonie, sans un plan d'ensemble ou une sous-structure théorique claire, et sans la coordination de nos diverses grandes institutions sociales (famille, école, centres communautaires, hôpitaux, corps médical, milieu des affaires, etc.), et aussi sans tenir compte des dissonances cognitives et affectives créées par la superposition de nos valeurs et pratiques culturelles contradictoires. A une conférence récente sur la santé publique tenue à New York, l'un des participants (Lewis, 1977) a fait remarquer que la santé n'est pas une valeur importante même sous-entendue par la société au même rang que le succès professionnel, l'ambition, ou la poursuite du plaisir. Des recherches confirment que la plupart des gens n'ont qu'une notion limitée et peu structurée du concept de santé (Philadelphie 1972). Autre évidence du peu d'estime que nous démontrons pour la santé, l'oeuvre importante de Rokeach (1973) sur la nature des valeurs humaines, ne cite nulle part la santé, soit comme "valeur terminale" (état existentiel désirable), soit comme "valeur instrumentale" (modes de conduite désirables).

Toute tentative de compréhension et de modification à long terme de tout un réseau de comportements (i.e. comportements d'hygiène et de prévention), se doit d'éclaircir les véritables buts poursuivis par la société. L'harmonisation entre les sphères publique et privée en sera d'autant plus facile à accomplir.

Vers une redéfinition de la santé

La distinction et la différentiation qui se dessinent de plus en plus nettement entre santé et soins médicaux exigent une redéfinition de la santé, indépendante du modèle thérapeutique. Nous avons suggéré que cette redéfinition a des implications sociales autant que personnelles et médicales, vu que l'Etat est intimement et financièrement lié à la santé de la nation.

En ce qui concerne le corps médical, une redéfinition et un élargissement des objectifs de la médecine seraient sans doute très utiles. La mise en pratique de la prévention primaire implique et exige une pratique de la médecine où il y aurait place et intérêt pour la personne en bonne santé, et pour le maintien de cet état, à côté de la dédication envers le malade. Breslow (1972) avance même que la médecine est une science sociale tout autant, sinon plus, qu'une science naturelle, puisque son but ultime est le bon fonctionnement de l'individu dans la société.

Tant que le centre d'intérêt de la médecine était le diagnostic et le traitement de la maladie infectieuse, résultat d'un agent pathogène extérieur, la santé ne représentait que l'envers, ou l'absence de la maladie, ce que Herzlich (1969) a appelé un "concept vide". Or, les maladies modernes, avec leur séquelle de conséquences fâcheuses (débilité lente, détérioration progressive difficilement reversible, invalidité, atteinte aux rôles sociaux, productivité manquée, morts prématurées, coûts exorbitants, etc.) suggèrent que la santé est un continuum d'états intermédiaires. Chose évidente, un continuum comporte tout un éventail d'expériences et de facteurs qui ont une valeur intrinsèque ne pouvant se définir dans les limites d'une polarité (maladie-santé). Le modèle thérapeutique et curatif de la santé est périmé.

Une reformulation hardie et novatrice de la santé, qui ajoute les dimensions sociale et mentale à la condition physique, a déjà été proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il en ressort clairement que la longévité à n'importe quel prix n'est plus le seul objectif de la santé, mais qu'on en attend aussi une certaine qualité de vie, et une certaine vitalité. L'opérationalisation de ce tout multifactoriel et complexe pose un défi de taille au chercheur. C'est un travail qui demandera, entre autre, beaucoup d'intégrité et d'objectivité dans l'évaluation des incohérences de la trame sociale, et des négligences de l'individu.

Si le médecin hésite encore à sacrifier son halo, un peu terni, de magicien-guérisseur, l'individu, de son côté, semble opposer une certaine résistance à l'abandon du rôle de victime impuissante.

Page 15 manquante

orientation est impossible à inculquer en raison de la diversité des comportements en cause? L'exploration de ce domaine est beaucoup trop jeune pour tomber dans le pessimisme.

En deça de ces considérations méthodologiques, l'apport principal de notre étude est qu'elle se centre sur la place qu'occupe l'adolescent dans l'état actuel de la santé collective. A notre connaissance, aucune étude n'a encore essayé d'identifier, à l'échelle d'un échantillon représentatif, les relations qui existent entre connaissances, comportements, attitudes et contexte social chez l'adolescent contemporain. Si quelques recherches ont tenté de cerner tout un réseau de variables, pertinentes à la prévention, et qui seraient reliées entre elles de façon claire et stable dans la population adulte, aucune étude n'a été entreprise au niveau de l'adolescence. Quelles sont les variables psychologiques, les mythes sociaux qui facilitent ou entravent les comportements préventifs? Quel est l'impact du cercle social des amis, du groupe familial, et de la perception de la société en général? Quelle est l'influence de la classe sociale et du sexe? Quel rôle joue le niveau des connaissances? Quel est ce niveau de connaissances? Enfin, quelles sont les pratiques actuelles des adolescents dans les divers domaines qui touchent à la santé? En fait, qu'est-ce que la santé et la maladie représentent pour l'adolescent? Quelle signification, quelle place ces concepts ont-ils dans son schème existentiel? Autant de questions auxquelles il est indispensable d'obtenir des réponses avant d'espérer pouvoir bâtir des programmes de prévention rationnels qui correspondent aux véritables caractéristiques de la population visée.

CADRE THEORIQUE

Deux sources en particulier, fruits de la pensée de psychologues sociaux, ont fourni la base de travail de cette recherche. Il s'agit du "Health Belief Model" (HBM) élaboré par Rosenstock et ses collègues, dans les années 50, pour expliquer et prédire les comportements de prévention chez les adultes, et l'oeuvre de Rokeach (1974) sur la nature des valeurs humaines. Ces textes, riches en spéculations et en hypothèses théoriques ont déjà fait, et continuent de faire l'objet d'un nombre substantiel d'études scientifiques.

"The Health Belief Model" - "Modèle de prédisposition envers la santé"

Le modèle de Rosenstock s'inspire du travail de Kurt Lewin (1935) et est basé sur le précepte élémentaire, en théorie de la motivation, du déterminisme psychologique de tout comportement. Dans cette optique, l'accent est mis sur les composantes subjectives de "l'espace de vie" interne de l'individu, plutôt que sur les dimensions externes, objectives de l'univers. Toute perception et tout comportement sont déterminés par une motivation sous-jacente qui peut être positive (espérer à obtenir quelque chose) ou négative (éviter l'occurrence de quelque chose).

Cette motivation est responsable de l'utilisation nécessairement sélective que nous faisons parmi les milliers de stimuli qui nous assaillent continuellement. Sans une certaine motivation, l'individu ne peut élargir son répertoire de connaissances, reformuler ses convictions, ou modifier son comportement en fonction de nouvelles données. Celles-ci seront tout simplement écartées. Pour motiver des changements, il faut tout d'abord identifier les variables à manipuler. Le succès de toute intervention expérimentale dépend d'abord de sa clarté conceptuelle concernant les processus en cause.

Rosenstock postule trois classes de facteurs à la base des comportements de prévention:

1- Une certaine prédisposition à agir ("subjective state of readiness to take action") qui est déterminée par:
   a) la perception de l'individu de sa propre vulnérabilité à la maladie;
   b) la perception de la gravité et des dangers de la maladie (atteinte aux rôles sociaux, aux relations personnelles, à l'équilibre économique, danger de mort, etc.).

2- La perception de solutions accessibles et pratiques, comportant:
   a) un estimé des gains personnels pouvant être retirés de certaines actions (les avantages d'un changement doivent être clairement établis);
   b) une évaluation de l'envergure des obstacles à l'action, ou de son coût.

3- Des événements "déclencheurs d'action" ("cue to action"). Il semblerait que la prédisposition à l'action, et la perception de solutions possibles ne se traduisent pas toujours dans un comportement manifeste sans une poussée supplémentaire. Le comportement de prévention aurait besoin d'être déclenché par un événement incitateur, comme les annonces publicitaires, les pressions exercées par le milieu social, l'apparition d'une maladie chez un proche, un préavis du médecin, etc.

Lorsqu'il y a conflit entre deux types de motivation (i.e. santé et plaisir, ou santé et approbation sociale) le motif le plus fort l'emporte. D'autre part, si le conflit est entre la perception de vulnérabilité personnelle et celle d'obstacles à l'action, le résultat peut être un vacillement perpétuel et un ajournement indéfini des changements désirables. Il peut aussi y avoir un trop grand surgissement d'anxiété, qui aboutit au déni complet des risques réels de la maladie. Dans ce cas, l'individu se comporte comme s'il était invulnérable, ou comme si ces risques n'étaient que fabulations d'esprits vicieux et pathologiquement pessimistes. Les contradictions et les chicanes scientifiques publiées dans la presse servent alors à justifier ce scepticisme. Evidemment, les variables démographiques, socio-psychologiques et structurales influencent et modifient ces facteurs.

En 1960, Rosenstock suggérait que la motivation envers la santé était généralement du type "négatif" (i.e. perception de "dangers"

encourus et d' "obstacles" à franchir). Plus récemment (1974), il prévoyait également une motivation "positive" (désir d'atteindre et de maintenir une santé optimale).

Des études expérimentales entreprises pour mettre à l'épreuve les éléments de ce modèle relèvent que la combinaison de facteurs qui prédit le mieux les comportements de prévention se trouve dans la perception de vulnérabilité en interaction avec la perception de gains personnels à retirer de certaines actions (Kegeles, 1963; Hochbaum, 1952). La combinaison de trois facteurs (vulnérabilité, gains, et perception de gravité) s'est révélée efficace dans au moins une étude (Haefner et Kirsch, 1970). Une étude de Gochman (1970) suggère que la perception de la vulnérabilité propre est une caractéristique stable à travers différents problèmes de santé chez les adolescents de 15 à 17 ans, alors que ce n'est pas le cas chez des enfants de 8 à 10 ans. Toutefois, la stabilité des éléments du modèle reste encore à établir, ainsi que la genèse de cette prédisposition individuelle envers la santé.

Dans une revue critique du modèle de Rosenstock, Sackett (1978) remarque que les épreuves de validation de ce modèle viennent surtout d'études rétrospectives, les résultats d'études prospectives étant plutôt contradictoires. Sackett soulève, entre autres, le problème de direction de causalité entre les perceptions individuelles et l'observance du traitement médical. Il cite une recherche (D.W. Taylor, sous presse) où des patients "dociles" souffrant d'hypertension, ne commencent à attribuer de gravité à leur maladie qu'après six mois de traitement réussi.

Très peu de recherches ont trait aux comportements préventifs des enfants. Hochbaum (1970) suggère que les habitudes d'hygiène sont transmises par les parents, et que les enfants trouvent ensuite un rationnel pour justifier des comportements qu'ils ont adoptés avant de les comprendre. Cependant, Mechanic (1964) relève que les attitudes et les perceptions des enfants ne correspondent pas nécessairement aux attitudes de leur mère. Enfin, Lewis et al (1972) note que la perception de vulnérabilité personnelle apparaît déjà vers huit ans, et que la perception de "gains personnels" varie selon le sexe de l'enfant, les filles attribuant un plus grand potentiel bénéfique à la prévention que les garçons. Les stéréotypes touchant aux rôles sexuels seraient donc implantés dès ce jeune âge. Lewis et ses collaborateurs concluent leurs observations en disant que le concept de soi est un élément important des comportement d'hygiène, et que l'enfant qui prend conscience de sa responsabilité envers lui-même est en voie de réaliser son potentiel de santé physique et affective.

Deux recommandations faites par Rosenstock en 1960 s'avèrent aujourd'hui plus valides et plus nécessaires que jamais à la promotion de la santé:

1) L'étude scientifique de la genèse et de la structure des attitudes envers la santé. Les études citées plus haut ont tenté de mettre ce message en action.

2) La clarification systématique de l'évolution des valeurs culturelles. C'est à cette tâche que s'adresse le travail de Rokeach (1974).

"The nature of human values" - La nature des valeurs humaines

Selon Rokeach, les valeurs constituent un important critère de jugement, déterminant les attitudes et la conduite de l'individu et reflétant son contexte social. A l'encontre de l'école behaviorale, qui n'accorde aux valeurs que le sens restreint de sous-produit du comportement, de conglomérat subjectif servant à rationaliser nos actions, la thèse de Rokeach soutient que les valeurs sont l'expression de convictions profondes et stables, mais cependant modifiables. Nos valeurs sous-tendent la place préférentielle que nous accordons à certains états existentiels ("valeurs terminales"), ou à certaines conduites personnelles ("valeurs instrumentales"). Elles sont organisées de façon hiérarchique. Les changements durables du comportement qui seraient causés par des changements dans le milieu socio-culturel, ou par l'impact d'expériences personnelles impliquent toujours une réorganisation de cette hiérarchie. Toutefois, notre système de valeurs, aussi prééminent soit-il dans l'organisation fonctionnelle de notre moi, est subordonné à l'instance supérieure de la conception que nous avons de ce "moi". La perception de soi exerce une influence organisatrice sur les valeurs qui, à leur tour, contribuent à l'équilibre du concept de soi; l'image évoquée est celle d'une interconnexion de systèmes.

Si l'on parvient à modifier ou à changer une valeur, il en résulte, selon Rokeach, des changements systématiques dans les attitudes et les comportements, tout comme dans la perception de soi. Par exemple, confrontés par une contradiction entre nos propres valeurs et celles d'un groupe de personnes valorisées, nous aurons tendance à modifier nos valeurs pour réduire le sentiment d'insatisfaction provoqué par cette dissonance. Des changements d'attitudes et de comportements suivent éventuellement cette réorganisation des valeurs. Une recherche sur l'impact de "personnes valorisées" ("significant others") relève l'influence importante de tels groupes sur l'estime de soi (Boldt, et al. 1976). Ces résultats ne sauraient étonner, puisqu'ils sont conformes aux principes de psychologie génétique selon lesquels la cohérence de l'existence, l'émergence de la pensée, et la prise de conscience de soi prennent forme grâce à l'interaction avec autrui (Werner, 1954). Rokeach soutient que les interventions behaviorales qui visent à modifier les attitudes ne résistent généralement pas à l'épreuve du temps, car elles laissent intact le pouvoir central du système des valeurs. Si l'on saisit cette fonction directrice des valeurs dans l'organisation de la personnalité, on peut alors effectuer des changements du comportement beaucoup plus durables. Des modifications du comportement et des attitudes, allant dans le sens d'une conception de soi rehaussée et mieux intégrée, seront adoptées et maintenues beaucoup plus solidement que dans les cas où il n'y a que manipulations d'attitudes spécifiques, restreintes à un objet particulier.

Une intervention expérimentale de Conroy et ses collègues (1973), utilisant les quelques principes discutés plus haut, réussit à réduire considérablement, et même à éliminer l'habitude de la cigarette chez certains usagers du tabac, qui fumaient entre 40 et 50 cigarettes par jour. Etant donné l'échec des effets à long terme de la plupart des recherches basées sur la théorie behaviorale, la perspective ouverte par Rokeach vaut sûrement la peine d'être explorée plus avant.

Le point faible de l'étude de Rokeach, c'est que nous ne savons pas trop comment il en est arrivé à sa liste finale de 18 valeurs terminales, et de 18 valeurs instrumentales. Nous ne pouvons pas juger si cette liste est nécessairement complète. La rigueur et la validité de ses critères de sélection ne sont pas établis. En ce qui nous concerne, il est intéressant de noter que la santé n'y figure pas du tout. Si la liste de Rokeach est véritablement exhaustive, reflétant les valeurs actuelles de la société post-industrielle, cette absence explique le peu de considération accordée jusqu'ici au maintien et à la promotion de la santé (en l'absence de symptômes). Si la société désire maintenant que ses membres s'occupent activement de prévention primaire, il faudrait que la santé devienne une valeur véhiculée par nos institutions de socialisation, ainsi qu'une valeur à laquelle on subordonne d'autres intérêts au niveau politique. Le changement cognitif et comportemental commence là où le processus de comparaison entre soi et le milieu social amène un sentiment d'insatisfaction difficile à nier ou à réprimer.

Si l'adulte est sensible aux normes du groupe social, l'adolescent l'est encore plus. Préoccupé comme il l'est de se forger une identité personnelle, séparée de celle de ses parents, sans toutefois perdre le soutien moral que ceux-ci lui ont procuré durant toute son enfance, l'adolescent se tourne vers ses contemporains ("peer group"). Parfois à son insu, mais souvent en toute connaissance de cause, le comportement de l'adolescence caricature les contradictions de la société Blos, (1975).

L'adolescence

L'adolescence est une période de la vie qui se caractérise par des changements importants sur les plans biologique, intellectuel, psychologique et social. Ces changements nécessitent des adaptations qui sont vécues de manière plus ou moins douloureuse ou réussie, selon l'époque et le milieu culturel. L'adolescent tourmenté et tourmentant de la société occidentale a été décrit, discuté et disséqué dans un nombre vertigineux d'oeuvres scientifiques, littéraires et populaires. Cependant, il est utile de se rappeler que l'adolescence n'a pas toujours, ou partout, revêtu ce caractère ombrageux et pénible. Par exemple, Ariès (1969) note qu'au Moyen Age, la période de préparation sociale était très abrégée, et l'enfant passait directement à ses rôles d'homme ou de femme, ne se distinguant de l'adulte que par sa taille. D'autre part, des anthropologues comme Mead relèvent que dans les sociétés primitives, les normes culturelles définissent

clairement les droits et privilèges des adolescents, et les cérémonies d'initiation marquent leur majorité sociale, il est rare de découvrir les tensions et les désaffections attribuées à notre jeunesse contemporaine. Ces observations amènent le psychologue bien connu, Otto Klineberg (1971) à définir l'adolescence comme phénomène bio-social plutôt que bio-psychologique. Autrement dit, les conflits psychologiques ne sont pas nécessairement inhérents à l'adolescence, mais ils naissent de la disjonction entre la maturité biologique et l'insertion effective dans la société adulte. Une étude de Zellermayer et Markus (1971) sur l'adolescence dans les kiboutzim d'Israel corrobore cet impact considérable du milieu socio-culturel, sur les attitudes et le comportement de l'adolescent.

Les quelques paragraphes qui suivent donneront un aperçu, à vol d'oiseau, de l'évolution de l'adolescent sur les quatre scènes où cette évolution se déploie simultanément: physiologique, intellectuelle, psychologique et sociale.

Les changements physiologiques et leur corrélats

Il est généralement reconnu que l'adolescence est un processus qui commence avec la puberté vers l'âge de 12 ou 13 ans, et se termine à 21 ou 22 ans, au moment où l'individu assume sa place dans la société. Mais alors que la période pubertaire est restreinte dans le temps, puisqu'elle se termine lorsque les organes reproducteurs deviennent fonctionnels, et que les caractéristiques sexuelles secondaires sont établies, l'adolescence se prolonge plus ou moins longtemps, au delà de l'achèvement de la croissance physique, selon les contextes socio-culturels. On ne saurait donc restreindre l'adolescence aux manifestations de la puberté.

Les transformations physiques de la puberté viennent troubler l'équilibre relatif de la période de latence, et peuvent introduire un certain élément de discontinuité et d'étrangeté dans la perception et l'unité du moi de l'adolescent, car il est difficile d'intégrer l'image changeante d'un objet. Les manifestations renouvelées et accrues de sa sexualité et de sa force musculaire, ou des deux, peuvent être perçues par l'adolescent ou l'adolescente, soit comme des forces sourdes et mystérieuses qui viennent troubler l'image de soi intégrée au cours des premières années de son existence, ou au contraire, comme source de fierté et de potentiel à réaliser. L'adolescent peut donc vivre dans l'espoir de réalisations futures, ou se sentir aliéné par son propre corps et par les sensations qu'il provoque et qui le dépassent. La liberté des moeurs ne résout pas le problème de la sexualité, et peut même l'exacerber quand elle aboutit à l'échec sentimental.

D'un point de vue génétique, le moi corporel est la pierre angulaire de la perception ultérieure du moi tout entier, et de l'estime de soi. L'image subjective du corps maintient probablement tout au long de la vie, certains liens avec l'image et l'estime de soi. Les modifications corporelles forçant l'attention et la préoccupation de l'adolescent, l'investissement intensifié du corps donne souvent lieu à "une hypocondrie banale, presque 'normale', voire maturante, de l'adolescence" (Ebtinger et Sichal, 1971). Ces mêmes auteurs remarquent qu'en dépit de la problématique qu'il présente, le corps reste

le seul "capital-valeur" de l'adolescent dont l'estime de soi ne peut s'alimenter que de promesses et de projets d'avenir, puisque les idéaux intériorisés sont remis en question par un intellect qui s'épanouit et devient plus critique, et que les relations interpersonnelles sont "labiles".

Quelques chercheurs proposent que le rythme de maturation physique exerce une très forte influence, dont les effets se maintiennent au-delà de l'adolescence, sur l'évolution socio-psychologique des garçons (Mussen et Jones, 1957; Jones, 1957). Selon ces auteurs, le comportement des adultes et des camarades du même âge varie considérablement envers les adolescents, selon que leur développement physique est précoce ou tardif. Il y aurait, paraît-il, une tendance à considérer les adolescents dont le développement physique est tardif comme immatures. D'autre part, ces garçons seraient aussi désavantagés sur le plan de la performance athlétique. Il en résulterait une perception de soi négative, le sentiment d'être incompétent, rejeté et dominé, des besoins de dépendance exagérés, ainsi qu'une attitude belliqueuse envers les parents. Par contre, ces mêmes difficultés feraient que ces garçons soient plus sensibles et plus aptes à faire face à leurs propres conflits et émotions, et à moins utiliser le déni comme mécanisme de défense. La recherche de Jones (1957) suggère que ces différences de personnalité se maintiennent au moins jusqu'à l'âge de 33 ans. A ce moment-là, les différences de croissance physique ont disparu, mais les sujets dont le développement avait été tardif sont quand même plus rebelles, plus impulsifs, plus hypersensibles, plus dépendants et plus égoïstes, mais d'autre part, plus intuitifs et plus perspicaces que leurs camarades dont le développement avait été précoce. Leur choix et leur adaptation professionnels étaient également moins satisfaisants.

En ce qui concerne les filles, Faust (1960) note que les adolescentes dont le développement physique est précoce jouissent d'un plus grand prestige aux yeux de leurs amies, qui leur attribuent aussi plus de maturité d'esprit. Cependant, cet avantage ne se matérialise chez les filles que vers les 14 ou 15 ans. Avant cela, la précocité est considérée d'un oeil défavorable, comme une déviation à la norme.

En somme, il semble que les changements physiques, ainsi que le rythme de ces changements, peuvent avoir des répercussions importantes et durables sur l'adaptation socio-psychologique de l'adolescent, et sur son estime de soi en particulier. Naturellement, il faut bien se garder de tirer des conclusions hâtives et simplistes de ces quelques données, car il est certain que dans bon nombre de cas individuels, toutes sortes de circonstances, passées et présentes, peuvent venir modifier les généralisations tirées de l'étude de ces groupes.

L'évolution intellectuelle

Vers les 12 ans, la pensée "concrète" de l'enfant commence à se transformer en pensée "formelle" (Piaget, 1955). Saisir la nature de ce changement qualitatif important, c'est mieux comprendre certains comportements typiques de l'adolescence.

L'adolescent se distingue de l'enfant par une pensée quasi-adulte, capable de transcender le présent et d'envisager des situations abstraites, inactuelles ou hypothétiques, tout comme de se traiter soi-même comme objet de réflexion. Il en découle la tendance aux spéculations intellectuelles et philosophiques sur la nature humaine et le sens de l'existence, ainsi que les ruminations introspectives caractéristiques de l'adolescence. Cet élargissement des capacités d'abstraction et de projection dans le futur donne lieu à la construction de systèmes et de grandes théories dont les éléments sont combinés, permutés et recombinés à plaisir. La pensée revêt une qualité de toute-puissance et sert à bâtir des modèles idéaux destinés à réformer la société. Sous ce rapport, Piaget parle du "messianisme" de l'adolescence. Par contraste, l'enfant ne se prend jamais lui-même comme sujet de réflexion, ne met pas en question ses convictions, qu'il prend pour évidentes et incontestables, et ne peut raisonner à partir de théories, mais seulement à partir de faits concrets, traitant chaque problème isolément.

Une étude sur l'évolution du concept de communauté chez l'adolescent (Adelson et O'Neil, 1966) rapporte que les fonctions et le rôle d'institutions sociales, ainsi que la nature et les besoins de la communauté ne sont réellement compris qu'à partir de 15 ans. Avant cet âge, l'enfant n'arrive que peu ou pas à envisager l'avenir de façon globale, ou à spéculer sur les conséquences sociales, ou à long terme, de décisions politiques. Tout est ramené à l'échelle de l'immédiat et du personnel. Entre les âges de 15 et de 18 ans, il n'y aurait apparemment pas de progrès significatif dans ce domaine, sauf que l'adolescent a accumulé plus de connaissances, est plus articulé et plus sûr de lui-même.

Si la pensée formelle de l'adolescent représente le summum de l'évolution intellectuelle, en quoi diffère-t-elle de la pensée de l'adulte? Elle s'en distingue par un processus qui accompagne inévitablement chacun des stades antérieurs du développement intellectuel. Il s'agit d'un égocentrisme initial, dont les formes muent à chaque palier de l'évolution cognitive, mais qui doit être finalement conquis, pour que soit atteint et réalisé le potentiel entier de chaque phase. L'égocentrisme comporte toujours une incapacité de différencier parmi certains éléments, ou certains aspects de la relation entre soi et l'univers extérieur. Chez l'adolescent, ce phénomène se manifeste surtout par rapport à autrui, dans le domaine des idées et des émotions. Selon Elkind (1967), principal interprète américain de l'école piagétienne, l'adolescent a du mal à différencier entre ce qui l'occupe et ce qui absorbe les autres. Il tend à confondre l'objet de ses propres pensées et celui des préoccupations d'autrui. Or, comme l'adolescent est surtout très attentif à lui-même, en grande partie à cause de la "métamorphose physique" qu'il subit, il prend pour acquis que son milieu est également obsédé par sa personne. L'adolescent agit et réagit comme s'il était sans cesse observé par un "auditoire imaginaire", qui le critique ou l'admire. Pour échapper à ces regards scrutateurs dont il se sent l'objet, l'adolescent se retire souvent dans un monde privé et secret, qu'il défend farouchement contre l'intrusion de tous, et surtout des adultes. Si, au contraire, il se croit très admiré, il va exagérer sa façon de se vêtir, de se coiffer ou de se comporter, pour forcer une admiration encore plus grande.

Le manque de différentiation suffisante entre ses préoccupations et celles d'autrui amène l'adolescent à se surestimer et à amplifier, hors de toute proportion, l'intensité et le caractère particulier de ses émotions. La certitude de sa propre unicité en toutes choses entraîne une croyance d'immortalité. Ceci explique pourquoi l'adolescent vit parfois de façon dangereuse, prenant des risques tout à fait gratuits.

La défaite de l'égocentrisme s'effectue vers les 15 ans, grâce aux relations interpersonnelles qui forcent l'adolescent à réviser ses idées d'une manière plus conforme à la réalité, lorsqu'il compare ses perceptions à celles de ses camarades; l'entrée dans le monde du travail achève la transformation du "réformateur idéaliste en réalisateur" (Piaget, 1955; Elkind, 1970).

La dimension sociale

De par sa nature, l'être humain est intensément impliqué dans ses relations avec autrui. Il s'ensuit que les conditions (économiques, politiques, sociales, etc.) et les changements du milieu ont, inévitablement, des répercussions considérables sur l'adaptation de l'individu à n'importe quel âge. L'adolescent, en quête de points de repère stables par rapport auxquels il va se différencier, ou s'identifier et se définir, est peut-être plus vulnérable que quiconque aux caractéristiques de son environnement. Par exemple, l'appartenance à différentes strates sociales exerce une forte influence. Piaget (1955) remarque que "l'adolescent apprenti, ouvrier ou paysan ... au lieu de l'élaboration de 'théories personnelles' (tendra à) une adhésion aux idées transmises par les camarades, développées dans les meetings, ou provoquées par les lectures". Cet adolescent serait également moins enclin aux crises familiales, religieuses, ou autres. Plusieurs auteurs notent cet important impact différentiel du milieu sur la jeunesse (Blos, 1962; Conger, 1971; Konopka, 1976; Etzioni, 1978) et nous mettent en garde contre la tendance à traiter l'adolescence de manière stéréotypée, comme un bloc monolithique. Les jeunes sont un groupe aussi diversifié que les adultes dans leurs attitudes, leurs aspirations et leurs comportements.

Mais ce qui précède ne veut pas dire que la recherche de dénominateurs communs soit futile. Ainsi, les adolescents appartiennent certainement à une cohorte chronologique que l'on peut subdiviser en trois groupes (Blos, 1962) : la première adolescence (12, 13 ans), l'adolescence proprement dite (14, 15, 16 ans), et l'adolescence avancée (17, 18, 19 ans). Les changements physiologiques et l'évolution intellectuelle qui marquent cette cohorte ont été abordés plus haut. Leur évolution psychologique sera traitée dans la section qui suit. En outre, certains processus téléologiques propres à l'adolescence sont également reconnus par psychiatres et psychologues d'orientations théoriques diverses. Ainsi, Peter Blos (1975) considère que l'intégration de la réalité sociale est l'une des deux tâches les plus pressantes de l'adolescence, l'autre étant l'assimilation des changements pubertaires. Pour Piaget (1955), "le caractère fondamental de l'adolescence est l'insertion de l'individu dans la société des adultes". Cette insertion peut s'effectuer de façon tumultueuse

(l'activisme parfois dramatique des adolescents au cours des années 1960) ou, de manière plus ou moins calme et ordonnée (la "génération silencieuse" des années 1950 et, semble-t-il, des années 1970). Or, ces modes différents peuvent s'expliquer par l'intrication de facteurs internes et externes. Par exemple, d'une part la forme d'égocentrisme propre à l'adolescence fait qu'il survient simultanément "accommodation" ou effort d'adaptation au milieu et "assimilation", ou tentative de transformation du milieu pour le rendre plus conforme au moi. D'autre part, les conditions économiques peuvent catalyser ou neutraliser ces processus intellectuels. Très certainement, la stabilité et l'affluence économiques libèrent des préoccupations de survie, et favorisent la poursuite de préoccupations et de radicalisme socio-culturels. Par contre, l'inflation actuelle, et le chômage considérable qui affecte la jeunesse se refléteraient dans le retour au conservatisme des jeunes américains (U.S. News & World Report, Nov.1977).

Le social des adolescents comprend, outre leurs rapports avec la société et ses institutions, leurs relations avec leur famille et leurs contemporains. Les éléments les plus saillants du processus d'évolution sociale peuvent être conçus comme la consolidation d'une échelle de valeurs et de normes culturelles (Esman, 1977), la qualité des rapports interpersonnels, la définition de rôles sociaux satisfaisants et acceptés par les autres, le choix d'objectifs et d'ambition professionnels (Schonfield, 1971; Erikson, 1950, 1968).

Parents et adultes, dans notre société occidentale, ont été maintes fois décrits comme ambivalents envers l'adolescence. Si les adolescents ne sont plus des enfants, et s'ils constituent l'espoir de l'avenir, ils n'acquièrent pas pour autant un statut privilégié, mais ils sont, au contraire, maintenus dans une position nébuleuse. Ils ne jouent pas un rôle positif dans la société, et ils n'y font pas une grande contribution par leur travail; on ne leur reconnaît pas grande expertise, et les exigences professionnelles actuelles prolongent de beaucoup les années d'études. L'identification aux buts généraux et aux normes comportementales de la société est difficile, puisque la société d'aujourd'hui n'offre que peu ou pas de certitudes sur les plans de la moralité, des valeurs, de la religion, du sens de la vie, de l'avenir, pour ne nommer que quelques sphères. Le taux croissant de suicides parmi les jeunes, les problèmes de drogue et d'alcoolisme expriment, en partie, le stress, la désorientation et les sentiments d'inadéquation d'une certaine proportion d'adolescents. Il faut cependant garder à l'esprit que "les gens heureux n'ont pas d'histoire" ... ou du moins, pas d'histoire qui fasse couler autant d'encre. Il semblerait que l'aliénation des jeunes n'atteint malgré tout qu'une minorité et que, s'il survient effectivement une crise de confiance dans le monde adulte, les parents en sont généralement épargnés, ce qui leur permet de préserver leur rôle de guides (Bixenstine, 1976; Bixenstine et DeCorte, 1976).

Plusieurs chercheurs (King, 1971; Offer, 1969; Conger, 1971) contestent l'universalité des difficultés relationnelles entre parents et enfants. Leurs résultats indiqueraient que, dans la majorité des cas, l'estime, le respect et l'appréciation mutuelles dominent, et les différends entre parents et adolescents sont résolus sans grands éclats.

Apparemment, trois adolescents sur quatre sont d'avis que leur père est "satisfait de son travail", "n'a pas trahi ses idéaux", et expriment leur "accord avec ces idéaux". Les adolescents, du moins aux Etats-Unis, semblent partager avec leurs parents les convictions que la compétition contribue à l'atteinte d'excellence, que le compromis est essentiel au progrès, que la société a besoin d'être investie d'une certaine autorité législative pour éviter le chaos, et que ce qui arrive à l'individu au cours de l'existence dépend en grande partie de sa force de caractère. L'amitié et l'amour seraient les expériences humaines les plus valorisées.

En ce qui concerne l'influence relative des parents et des amis du même âge, l'enquête de Larson (1972) suggère que la perception de bonne volonté et d'aide compétente, donc la qualité de la relation, ainsi que la perception du plus grand bénéfice, vont déterminer le poids accordé à l'opinion d'autrui. Ce n'est que lorsque la relation avec les parents est faible ou absente que les amis assument une importance prioritaire. Bixenstine et ses collègues (1976) relèvent même que les adolescents sont plus critiques de leurs amis que de leurs parents. Une autre découverte surprenante du travail de Larson (1972) est que les garçons sont, à tous les niveaux d'âge, et à travers les strates sociales, plus orientés et plus réceptifs envers leurs parents que ne le sont les filles.

L'importance du groupe d'amis réside dans le réconfort offert par l'expérience et les besoins communs. A cet âge, l'amitié est le lieu de choix pour se comparer, se rassurer sur sa propre normalité, son charme, sa capacité d'attirer et de retenir l'intérêt d'autrui, essayer de modifier certains aspects caractériels, et confirmer sa propre identité.

Adelson et Douvan (1966) qui ont fait une étude plus raffinée des aspects changeants de l'amitié à travers les étapes de l'adolescence féminine, arrivent aux conclusions suivantes: entre 11 et 13 ans, l'amitié jouerait un rôle surtout utilitaire, les amies étant désirées pour partager jeux et activités. L'interdépendance affective apparaitrait entre 14 et 16 ans. La sécurité de la relation devient alors très importante. L'amie est, à cette période, source de réconfort et d'information, ainsi que modèle de conduite dans les relations émergentes avec les membres du sexe opposé. Ce n'est que vers 17 ou 18 ans que l'adolescente, plus sûre d'elle-même, recherche et apprécie une amie pour ses qualités propres, sans besoin démesuré d'identification ou de sécurité. L' "ami intime" n'occupe pas une place aussi importante chez le garçon. Soixante et un pourcent des garçons (et 42% des filles) déclarent qu'un ami, ou qu'une amie ne peut jamais être aussi proche de soi que la famille. Le groupe d'amis, et les normes de ce groupe jouent un rôle beaucoup plus important chez le garçon qu'un ami particulier. Selon Adelson et Douvan, la maîtrise de la sphère interpersonnelle serait beaucoup plus centrale à l'intégration affective et psychologique de la fille que du garçon; l'intégration éventuelle du garçon dépendrait surtout de la résolution satisfaisante des relations aux personnages d'autorité.

L'univers psychologique

L'adolescence comporte, comme toute autre phase de la vie, une certaine problématique existentielle. Cette problématique particulière de l'adolescence concerne, d'une part la réorientation sociale, et d'autre part le passage, dans les relations familiales, de la dépendance infantile à l'autonomie et à l'interdépendance. Il s'agit donc d'émancipation et de redéfinition personnelle, ce que Blos a appelé avec bonheur le "second processus d'individuation".

Comme nous l'avons vu un peu plus haut, les observations systématiques de Piaget, et les études d'Elkind les amènent à conclure que l'enfant est incapable de se prendre lui-même comme objet de réflexion. Ce n'est donc qu'à l'adolescence que commence à se poser la fameuse question socratique: "Qui suis-je?" Les débuts de réponse entraînent souvent une remise en question des valeurs jusque là tenues pour acquises, une réévaluation du potentiel personnel, des choix de vie future, des comportements et des implications interpersonnelles.

L'adolescent et ses parents font face à la constatation que ce premier, s'il n'est pas encore adulte, n'est plus cependant un enfant. Il y a donc un certain réajustement de responsabilités respectives et de privilèges sociaux, qui impliquent l'abandon d'un certain mode de relation périmé, en faveur d'échanges interpersonnels plus conformes à la maturité croissante de l'adolescent. L'adolescent doit "assumer une responsabilité de plus en plus grande pour ce qu'il fait et pour ce qu'il est, au lieu de s'en remettre toujours à ceux qui l'ont élevé" (Blos). Il est important de retenir ici que ces processus sont très graduels, et non apparitions soudaines et dramatiques sur le coup des 12 ou 13 ans. Les bouleversements aigus et la rebellion ouverte relevés dans la littérature psychanalytique, à partir d'observations pathologiques, ne sont pas nécessairement caractéristiques de la population normale (Offer, 1969; King, 1971). Offer préfère le terme "crise normative" emprunté à Erikson, pour décrire l'expérience des adolescents qu'il a étudiés. Il suggère que dans la normalité, le "moi" des adolescents est assez fort pour faire face aux nouvelles tâches sans perturbations excessives. Le rôle des parents est crucial et influence beaucoup la tournure des événements. Par exemple, si les parents bloquent l'épanouissement personnel et l'indépendance de pensée de leurs jeunes, ou si au contraire, ils les éjectent brutalement dans le monde extérieur et dans une indépendance totale et prématurée, les conséquences seront généralement, dans les deux cas, une période de crise beaucoup plus grave.

Offer propose donc que l'adolescence puisse se passer sans qu'il y ait de changements critiques dans la relation avec les parents, ou dans le climat intrapsychique. Il relève cependant quelques troubles relativement mineurs du comportement et de l'humeur. Par exemple, les tensions entre parents et adolescents surviennent surtout aux alentours de la "première adolescence" (12 à 14 ans) et consistent en désagréments irritants concernant la mode vestimentaire ou les goûts en musique, etc., mais ne constituent généralement pas des confrontations majeures. Selon Offer, il s'agirait d'un stade de "dépendance négative" qui trahirait l'ambivalence de l'adolescence envers

la problématique dépendance-autonomie. Ces comportements belliqueux s'estompent au cours de l'adolescence. En ce qui concerne les affects et la labilité des humeurs, Offer note des altérations beaucoup plus légères que ne le ferait croire la lecture de la littérature psychanalytique. Ces altérations comportent surtout des symptômes d'angoisse et de dépression, d' "acting-out", d'idées obsessives et de fluctuations entre l'enthousiasme et l'indifférence. Easson (1977) confirme que les humeurs dépressives sont caractéristiques de l'adolescence entre 12 et 15 ans, période qui coincide avec les changements pubertaires et la croissance physique. Mais il ajoute que ces états sont de courte durée, et n'interfèrent pas dans l'évolution normale de l'adolescent. Il explique cette dépression par le "deuil" que les adolescents doivent faire de leur insouciance d'enfants, de leurs rêves infantiles de perfection physique et de brillantes réussites académiques, qui viennent se heurter au mur de l'évidence contraire de la réalité.

Une étude de Simmons, et al. (1973) tente d'établir l'ampleur et les paramètres de la perturbation de l'image de soi à l'adolescence. Dans le contexte de cette recherche, qui compte un échantillon substantiel de 2625 sujets, les composantes principales d'une telle perturbation sont, en-deça d'une attitude généralisée envers soi-même, une conscience de soi exagérée, une perception de soi instable, une diminution de l'estime de soi, et l'attribution à autrui (parents, professeurs, amis) d'une opinion de soi défavorable. D'une manière générale, les résultats obtenus par les adolescents de 12 à 14 ans confirment qu'ils ont une image globale d'eux-mêmes significativement inférieure à la perception de soi d'enfants de 8 à 11 ans. Ces adolescents souffrent effectivement d'une conscience de soi exagérée, d'une image de soi instable, et d'affects dépressifs; ils attribuent aux autres une opinion négative d'eux-mêmes. Après 14 ans, la conscience de soi exagérée et l'instabilité de l'image de soi diminuent, tout en restant quand même significativement supérieures à celles des enfants plus jeunes. Seule la mesure globale d'estime de soi s'améliore sensiblement après 15 ans, et dépasse les résultats de la cohorte de 8 à 11 ans. Cependant, dans la sphère d'attribution à autrui d'une opinion de soi défavorable, la perturbation continue d'augmenter même au cours de l'adolescence avancée.

A travers la crise normative, les frictions avec autrui, l'indécision, le doute, l'angoisse et la recherche d'un nouvel équilibre, l'adolescent doit effectuer une refonte sélective de ses "identifications" successives d'enfant qui lui assure, au même temps que le réconfort d'une continuité de son moi à travers les âges, l'émergence d'une identité personnelle et unique (Erikson, 1956).

Sommaire

Si l'adolescence met l'individu en effervescence physique, mentale, sociale et affective, l'image d'ensemble que nous en retirons est celle d'une agitation vive, sans être nécessairement inimicale au milieu, de nature passagère, au cours de laquelle s'effectuent

maturation des facultés et prise de conscience de la réalité et des possibilités personnelles. L'aboutissement normal de cette période est l'entrée en fonction dans de nouveaux rôles sociaux, l'élaboration de nouvelles formes de relations interpersonnelles, et l'établissement de modes d'action et d'existence satisfaisants.

Toute intervention en matière de santé auprès des adolescents gagnerait sans doute à tenir compte des quelques observations qui précèdent. Ainsi, l'importance que le corps revêt au début de l'adolescence et sa relation à une estime de soi défaillante, en quête de support; les effets différentiels des rythmes de maturation sur la relation avec autrui et les tendances caractérielles; l'émergence de la pensée formelle avec ses corollaires de pouvoirs d'abstraction et de capacité d'envisager l'avenir, tout comme de croyance d'immortalité; les besoins d'autonomie et l'ambivalence qui les entoure; l'importance respective des parents et des amis; le vécu des stéréotypes sexuels culturels, presqu'à l'insu de soi-même: voilà un certain nombre de facteurs qui ne sauraient être négligés sans porter sérieusement atteinte aux besoins de la cause.

Il est également très important de ne pas perdre de vue que les variables démographiques et socio-culturelles fournissent, non seulement le cadre à l'intérieur duquel vont s'agencer et s'intégrer les multiples adaptations individuelles, mais constituent la base même de ces adaptations.

SUMMARY

At the turn of the century, great progress in medicine and in the area of public hygiene seemed to have dramatically improved mankind's prospects for health and long life. Vaccines and antibiotics had conquered the majority of contagious diseases, and medical coverage for all seemed to be the only remaining obstacle on the path to universal health. Unfortunately, this utopian state of affairs was not to be, as demonstrated by cold statisics of the last 20 years in Canada and the United States. A new wave of grave diseases has emerged, affecting the most active and productive segment of our population (i.e. those aged 15 to 64 years old). The nature of these diseases is such that current therapeutic medicine seems powerless to cure them. Recent approaches suggest that prospects for a resolution lie in the study of factors which shape the course and the incidence of our contemporary afflictions, and in particular, components of our lifestyle.

In a monograph published by the Department of Social Affairs (1974), we are informed that cardiovascular problems, tumors and accidents account for 82% of all deaths, and that they are further responsible for more than 4/5th of the mortality in the 15 to 64 years old

population. In 1951, this percentage was only 65%. While it is generally recognized that the etiology of cancers and cardiovascular diseases is complex and multidetermined, it shares with accidents a commun causal determinator, namely, human behavior (i.e. overeating, excessive drinking and smoking, sedentary life habits, reckless driving, etc.). We do not "catch" diseases nowadays, we cultivate and "nurture" them, and we do so quite early in life. An investigation on cardiovascular diseases in the U.S., by Williams et al. (1977) shows that 40% of children 11 to 14 years old are at risk. Atherosclerosis is now considered a "pediatric illness" (Mitchell, 73). The American Health Foundation has urgently recommended that prevention programs be formulated to teach young people a greater sense of responsibility for their own health and motivate them to adopt a healthier lifestyle.

A word about health care costs is also in order: "these costs are increasing at the rhythm of 12 to 15% annually, far exceeding the rate of economic growth of the country" (Lalonde, 1977). How much longer can this onerous burden be borne and tolerated?

Modern medicine faces the difficult task of dealing with issues which are at the sharp edge of biology and human behavior. In addition, educational efforts must cope with the challenge of having to motivate a desire for change of established habits in the absence of symptoms or worrisome sensations. The magnitude of this undertaking can be better appreciated when we remember that even prescribed treatments, in cases of diagnosed illness, are often ignored or poorly implemented (Becker & Maiman, 1975). We have to try and penetrate the nature of the obstacles which interfere between knowledge and its utilization, as well as the nature of the determinants of our attitudes and our behaviors. While the individual seems to carry the burden of responsibility for public health, let us not forget the many powerful sociocultural factors which that same individual probably finds exceedingly difficult to circumvent (i.e. clever marketing and advertising of junk foods, of tobacco and liquor, heavy environmental pollution, etc.) A Harvard doctor (L. Eisenberg, 1977) states that a country cannot really pretend to advocate prevention without weighing and accepting the economic, legislative, educational and medical consequences of such a political move. In the end, says Dr. Eisenberg, values are not changed by a scientific process, but through socio-political transformations.

Prevention in our society consists in tertiary (treatment or relief of chronic conditions) or secondary (treatment after the onset of symptoms) interventions. Primary prevention, which aims at warding off the onset of disease and at extending an optimal state of health, is inadequately practiced, without a coherent overall plan and without coordinating the policies of our major institutions (schools, community centers, hospitals, the medical body, the business world, etc.) At a recent symposium on public health in New York, Lewis (1977) declares that, unlike success, ambition, or pleasure, health is neither an implicit nor an explicit value in our society. This observation receives

indirect confirmation from Rokeach's seminal work on "The Nature of Human Values" (1973) which makes no mention of "health" among its extensive list of 36 values.

If health is more than the absence of illness, medicine has to develop, besides its dedication to the sick patient, an interest and a commitment towards the healthy person and the maintenance of his health. This objective requires that doctors recognize their limitations and their necessary interdependence with the individual whose behavior can foil or promote the common goal of public health; it also requires that the individual relinquishes his sense of helplessness and dependency on the medical body.

The majority of studies which have dealt with preventive behavior have focused either on a specific area (alcohol, tobacco, nutrition, etc.) or on a particular aspect of secondary or tertiary prevention (adherence to treatment, follow-up visits, etc.). These studies then led to generalizations about readiness to prevention. It may be objected, however, that there is no solid evidence for believing that there exists an overall prevention orientation, or that healthy and sick people use the same frame of reference when making decisions concerning lifestyles; in fact, common sense suggests that this is quite unlikely. Our own research encompasses several important areas involved in prevention, and centers on the adolescent whose knowledge, behavior and attitudes towards health and prevention have not been explored.

We would like to acknowledge here our intellectual debt to the work of Rosenstock who, since the early 1960's, has formulated and refined the very useful and adaptable "health belief model". Rosenstock identifies three main factors underlying preventive behaviour:

1) A "subjective state of readiness to take action" determined by:
   a) the individual's perception of his vulnerability to illness;
   b) the individual's perception of the seriousness and threat of illness;
2) The perception of accessible, practical solutions, including:
   a) an estimate of potential personal gains deriving from eventual changes of behaviour;
   b) an estimate of the obstacles to action, or of its costs;
3) A "cue to action" (i.e. advertissements, pressures from the social milieu, a doctor's notice, etc.)

Attempts to test the components of this model have shown that perception of personal vulnerability together with perception of personal gains is a good predictor of preventive behaviour (Kegeles, 1963; Hochbaum, 1968). This combinaison together with a 3rd factor, perception of seriousness of illness, is also predictive of health motivation. Lewis and al. (1972) suggest that perception of vulnerability is a measurable characteristic in 8-years old children and that perception of personal gains is greater among girls than boys.

Two of Rosenstock's recommendations remain just as relevant today as they were nearly two decades ago (1960), namely:

1- the need to scientifically explore the development and the structure of health-related attitudes and behaviors;

2- the need to systematically clarify the development of cultural values.

Rokeach's important work "The Nature of Human Values" (1974), addresses itself to the second of these objectives. According to this author, the judgments we make, our attitudes and our behaviours, derive in large measure from the values we hold. These values form a stable but modifiable hierarchy which both contributes and is subordinated to the strength of the critical notion of self-concept. Rokeach believes that interventions which aim at changing attitudes alone, without attempting to modify the underlying value system, do not have durable effects beacuse they affect us only syperficially. Change is usually instituted when a disparity or dissonance between the self and significant others leads to feelings of dissatisfaction which cannot be denied or repressed. Should health and prevention become respected social goals, taking precedence over other interests, the individual would integrate and act upon these values. If adults are responsive to the norms of the social group, adolescents are extremely sensitive ot it. In addition, the behavior of adolescents is often but a caricature of society's contradictions (Blos, 1975).

Adolescence is characterized by important changes in the biological, intellectual, psychological and social spheres. The main task of adolescence is to move from childhood's dependency to adult autonomy and interdependence. Contrary to popular belief, this passage is usually accomplished without major turmoil or confrontations (Offer, 1969; King, 1971). Parental stability, availability and goodwill significantly help the adolescent to reformulate his identity and to assess his values and his life's commitments. Other authors (Larson, 1972 : Bixenstine et al, 1976; Conger, 1971) confirm the great influence exerted by the majority of parents over their teenagers.

Biological and physical changes can, and often do, disrupt the adolescent's sense of self-continuity and unity. Indeed, it must be difficult to integrate the image of such a fast-changing object as the adolescent's body. However, Ebtinger and Sichel (1971) believe that despite its disquieting transformations, the adolescent's body is his most important "capital" holding as it were the promise of a potential to be realized, while most other life areas are much more unpredictable and unknowable. In the intellectual or cognitive realm, the adolescent achieves new powers of abstraction and of logical reasoning. A study on the evolution of socio-political thinking in adolescents (Adelson and O'Neill, 1966) concludes that the functions and the role of social institutions, as well as the nature and needs of the community, are not grasped before the age of 15. Furthermore, the distinguishing feature between adult and adolescent thinking is an egocentrism which prevents the adolescent from differentiating between his thoughts, feelings, and

preoccupations and those of others. The adolescent exaggerates the intensity of his emotions and ideas, and firmly believes that he is unique and quasi-immortal (Elkind, 1967). It is this feeling of uniqueness which probably accounts for the needless risk-taking, and often dangerous behaviors, in which adolescents are known to indulge. From 15 years old on, the maturing adolescent takes a more sober view of all things and of himself.

Page 34 marquante

CHAPITRE II

ECHANTILLON ET METHODE D'ENQUETE

Ce chapitre traite de l'univers expérimental visé par notre recherche, de la constitution de l'échantillon, de la méthode d'enquête et de la description de l'instrument utilisé, de l'évaluation de la qualité des données recueillies, du traitement statistique de ces données et des hypothèses émises au début de notre recherche.

A. DESCRIPTION DE L'UNIVERS EXPERIMENTAL

Cette recherche vise les adolescents francophones scolarisés de l'île de Montréal, des niveaux secondaires I à secondaire V, et collégiaux I et II. Furent impliquées toutes les écoles privées et publiques, ainsi que les écoles commerciales de jour (un certain nombre d'écoles commerciales ont été éliminées car elles ne répondaient pas à nos critères, i.e., qu'elles étaient fréquentées par plus d'adultes que d'adolescents, ou par plus d'anglophones que de francophones, ou ne comprenaient que des cours du soir, ou bien elles comptaient moins de 20 élèves par classe). Quant aux écoles publiques, elles se trouvent sous la juridiction de la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal (CECM) qui réunit à peu près 57% du nombre total des classes des niveaux secondaires, et de six autres commissions scolaires indépendantes, soit: Ste-Croix, Verdun, Jérôme LeRoyer, Baldwin-Cartier, Sault-St-Louis, et le Bureau des Ecoles Protestantes du Grand Montréal, qui compte deux écoles francophones.

Dans un premier temps, la liste complète de toutes les écoles secondaires et collégiales fonctionnant en 1976-77 fut dressée à l'aide des "Répertoires Officiels des Institutions Privées" (1975/1976) publiés par le Ministère de l'Education du Québec, et des "Annuaires des Institutions Secondaires" (1976/1977) édités par le Centre d'Animation, de Développement et de Recherche en Education (CADRE), ainsi que des listes officielles qui nous ont été gracieusement soumises par toutes les commissions scolaires mentionnées plus haut.

Etant donné que l'instrument de travail utilisé dans cette recherche était un questionnaire de groupe, et non l'entrevue individuelle, l'unité d'échantillon fut la classe (au lieu d'être l'individu). Il fut donc nécessaire de compiler, dans une deuxième étape, tous les détails relatifs au nombre de classes fonctionnant en 1976/1977, par niveau d'étude et par école, et aussi le nombre d'étudiants par classe. Pour garantir la représentativité des classes choisies par rapport à la population-cible, nous avons adopté deux critères de sélection spécifiques. Le premier critère se rapporte au choix de classes dites de "matières obligatoires", afin de garantir l'inclusion maximale de tous les étudiants d'un groupe donné, mais aussi pour éviter qu'il y ait recouvrement des répondants (i.e. qu'un même sujet remplisse le

questionnaire deux fois), au cas où deux classes spécialisées d'un même niveau seraient choisies dans une même école. Deuxièmement, parmi ces matières obligatoires (français, mathématiques, enseignement moral et religieux, etc.), le choix a été fixé sur les cours d'enseignement moral ou religieux, car ils garantissaient, dans la majorité des cas, l'hétérogénéité des répondants sur le plan de l'aptitude scolaire. En effet, dans la plupart des autres matières obligatoires (i.e. français, maths), les élèves sont séparés par aptitude académique en "voies", (allégée, régulière ou enrichie), ce qui aurait eu pour effet de biaiser notre échantillon, en ce qui regarde le quotient intellectuel.

Les résultats de cette première collecte de statistiques établirent le chiffre total de notre population-cible à 3,791 classes pour tous les niveaux d'étude visés, et la moyenne générale d'étudiants par classe au nombre de 30. Ces 3,791 classes se subdivisent comme suit: 584 au secondaire I, 574 au secondaire II, 631 au secondaire III, 583 au secondaire IV, 627 au secondaire V, 418 au collégial I, 341 au collégial II et 33 dans les écoles commerciales. A raison d'environ 30 élèves par classe, cela constitue notre population-cible d'approximativement 112,750 adolescents fréquentant l'école secondaire ou le CEGEP pour l'année académique 1976-1977.

De toute évidence, un tel travail de compilation n'aurait pu s'effectuer sans l'appui total des commissions scolaires et des établissements privés concernés. Ces institutions ont toutes, à l'exception d'une seule*, fait preuve d'une bonne volonté et d'une collaboration exceptionnelle dont nous leur sommes profondément reconnaissants.

B. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Afin d'établir la taille de notre échantillon, nous avons d'abord décidé des variables de contrôle essentielles à l'analyse; elles furent fixées au nombre de trois, soit le sexe (M+F=2), le niveau scolaire (5 niveaux secondaires et deux niveaux de CEGEP = 7), et la stratification sociale (classes ouvrière, moyenne et aisée = 3). Lorsque ces subdivisions, inhérentes aux trois variables ci-dessus, sont multipliées entre elles, le résultat est: 42 (2 x 7 x 3 = 42). Ce chiffre de 42 constitue, du point de vue des analyses éventuelles, le nombre de cellules statistiques de base. Ces cellules exigent, conventionnellement, qu'un minimum de 10 à 15 sujets leur soient assignés pour des opérations statistiques adéquates.

---

*Cette institution est l'Académie Michèle Provost Inc. qui, malgré nos multiples essais par téléphone et par lettre, n'a même pas daigné communiquer le nombre de leurs classes et qui par le fait même, a privé ses élèves de la possibilité de participer à notre enquête.

nous avons opté pour un minimum de 12, comme compromis entre 10 et 15. Donc les 42 cellules de base, multipliées par le nombre de 12 sujets, aboutissent au chiffre de 504 comme échantillon valable. Comme notre questionnaire comporte 10 variantes, (voir section C sur l'instrument d'enquête), il devient donc nécessaire de multiplier 504 par 10 ce qui donne le chiffre de 5040 sujets. Ce dernier chiffre, mis en relation avec notre population-cible de 112,750 sujets, constitue un pourcentage de 4.4%. Le même pourcentage, mais cette fois-ci tiré du nombre total des classes qui est de 3,791, donne un échantillon de 168 classes. Enfin, ce chiffre de 168 classes, a été réparti de la même façon à chaque niveau scolaire (i.e. 4.4% du nombre des classes) ce qui donne en définitive les chiffres suivants: 26 classes au secondaire I, 25 classes au secondaire II, 28 classes au secondaire III, 26 au secondaire IV, 28 au secondaire V, 18 au collégial I, 15 au collégial II et 2 pour les écoles commerciales. Le travail de sélection de l'échantillon fut fait par notre consultant en statistique, Docteur Louis Laurencelle, au moyen de l'ordinateur. A chaque niveau scolaire il a tiré au hasard plus de classes que demandé, au cas où, au cours de l'enquête, quelques écoles ne soient empêchées de collaborer; cela s'est produit de fait dans huit cas où alors nous avons pris les classes qui avaient été échantillonnées en surplus.

Notre méthode de sélection est donc celle de l'échantillonnage stratifié partiel, le critère de stratification étant celui du niveau scolaire et le nombre de classes sélectionnées par niveau étant gardé proportionnel à celui retrouvé dans la population-cible. Au-delà de cette stratification, chaque classe d'une strate donnée est choisie au hasard pur, ce choix étant réalisé au moyen d'un tableau de nombres aléatoires. Cette stratification limitée au niveau scolaire a été rendue nécessaire par le fait que dans l'univers aussi hétérogène que celui de l'enseignement public et privé de l'Ile de Montréal, il a été impossible d'assurer des strates socio-économiques qui se maintiennent de façon constante à travers tous les établissements en question. Par exemple, alors que les institutions privées sont fréquentées par une classe sociale le plus souvent aisée, les écoles publiques accueillent et abritent des élèves de presque tous les milieux économiques. D'autre part, même si on possède un excellent rapport sur les écoles défavorisées de l'Ile de Montréal (Dépatie, 1975), cette étude ne concerne que les écoles élémentaires et il n'est pas possible de généraliser ces données aux écoles secondaires, encore moins aux collèges privés. D'autre part, du point de vue de l'origine ethnique des répondants, un document du Ministère de l'Education suggère que le pourcentage des non-Canadiens français dans les écoles francophones secondaires de l'Ile de Montréal est négligeable, de l'ordre de 2% ou moins, sauf dans le cas de la Commission Baldwin-Cartier, où cette proportion atteint 9% et dans celui de la Commission scolaire Ste-Croix où il est de 6%. Il faut noter également que, contrairement aux écoles élémentaires qui sont généralement alimentées par un quartier assez restreint, les étudiants des écoles secondaires viennent d'une

aire géographique beaucoup plus large. Ceci augmente encore l'hétérogénéité des appartenances socio-économiques et rend impossible toute tentative d'une telle distinction par école. Enfin, on ne peut même pas compter sur l'hétérogénéité (ou l'homogénéité) complète des classes scolaires sur la base du sexe puisque certaines écoles sont mixtes alors que d'autres ne le sont pas. Donc, ne pouvant pas stratifier notre échantillon en classifiant nos 168 classes à visiter en trois classes sociales, nous avons demandé à chacun de nos répondants d'indiquer la profession de son père, ce qui nous permettra, après coup, de déterminer la classe sociale de nos répondants.

En conclusion, notre méthode d'échantillonnage stratifié partiel nous a permis de constituer un échantillon représentatif de toute la population scolaire francophone du secondaire et des deux premières années du CEGEP de l'Ile de Montréal, donc de 7 niveaux scolaires. Notons en terminant que nous nous sommes limités aux deux premières années du CEGEP par souci de comparabilité. En effet, dans le système d'enseignement québécois, les élèves qui se destinent à l'Université ne font que deux années de CEGEP, alors que ceux qui se destinent à une carrière de techniciens spécialisés en font trois. Un échantillon du CEGEP III n'aurait donc pas été représentatif de la population scolarisée de ce niveau.

Avec un échantillon représentatif d'une telle ampleur, la bande d'incertitude des proportions de réponses aux questions du tronc commun (voir section C sur l'instrument de l'enquête) est réduite à 2.7%, à la fréquence de dix-neuf fois sur vingt. Par exemple, quand on apprend que 15.81% de nos répondants utilisent le fil de soie chaque jour, la marge d'erreur de ce résultat se réduit le plus souvent (c'est-à-dire dix-neuf fois sur vingt) à 1.35%, en plus ou en moins de 15.81, soit à une bande qui s'étend de 14.46% à 17.16%; la marge d'erreur est donc faible.

Vu qu'une partie importante de notre enquête concerne les problèmes de santé et de maladie, on peut se demander jusqu'à quel point notre échantillon réel (i.e. les sujets qui ont répondu en fait à notre questionnaire) est représentatif de la population scolaire; certaines personnes ont en effet objecté que l'absentéisme au secondaire va parfois jusqu'à 20% et que ceux qui ont été absents lors de notre enquête seraient précisément ceux dont il est le plus probable qu'ils soient malades physiquement ou souffrant de malaises psychologiques. Heureusement, nous avons colligé des données sur ce sujet: en effet, chacun de nos assistants, lors de la visite des 168 classes de notre échantillon, s'est enquis auprès du professeur responsable du nombre des élèves absents cette journée là. La compilation de nos données pour les 5 niveaux du secondaire donne les résultats suivants:

Secondaire I	:	8.24% d'absences
Secondaire II	:	7.59% d'absences
Secondaire III	:	14.09% d'absences
Secondaire IV	:	7.14% d'absences
Secondaire V	:	11.10% d'absences

ce qui fait une moyenne globale pour tout le secondaire de 9.65%. Nous avons donc manqué environ 10% de nos répondants, soit trois étudiants dans chacune des classes de 30 que nous avons visitées. Il est possible que l'absence de ces trois étudiants ait biaisé quelque peu nos résultats dans le sens de l'optimisme psychologique et physique (les moins sains des étudiants auraient été les absents), mais ce taux d'absentéisme n'est sûrement pas assez élevé pour rendre nos résultats non valides. Le lecteur devra cependant garder ce pourcentage de 10% d'absentéisme en mémoire quand il s'agira d'interpréter nos résultats.

En quoi maintenant notre échantillon est-il représentatif de toute la population adolescente francophone de l'Ile de Montréal? En ce qui concerne la population des trois premiers niveaux du secondaire, nous sommes virtuellement sûrs que la presque totalité des adolescents de ces niveaux fréquentent encore l'école, donc qu'ils ont été atteints par notre enquête. C'est à partir du secondaire IV, semble-t-il, que les adolescents commencent à quitter l'école dans une proportion significative, quoi qu'il soit impossible de la préciser pour chacun des niveaux scolaires. La seule information que nous avons est celle fournie par Dépatie, Lefebvre et Parent (1974) qui ont calculé à partir des 416 secteurs démographiques de toute l'Ile de Montréal, le taux de non-fréquentation scolaire du groupe global des adolescents de 15 à 18 ans. Les taux varient énormément de secteur à secteur, plusieurs secteurs ayant un taux de 0 alors que le secteur No. 69 a le taux record de non-fréquentation de 66.7%. Toutefois, la moyenne globale de l'Île est de 19.67% pour toute la période d'âge de 15 à 18 ans, soit du niveau du secondaire IV (âge moyen de 15.75 ans) au CEGEP II. Il s'agit évidemment d'un taux qui est progressif, c'est-à-dire variant possiblement de 10% au secondaire IV à 40% au Cégep II. Il est sans doute possible que ce taux global de 19.67% recouvre des taux différenciés, probablement plus élevés pour la population francophone, ce qui diminuerait encore la représentativité de notre échantillon à partir du secondaire IV. Quoi qu'il en soit, le lecteur doit retenir qu'à partir du secondaire IV, notre enquête doit se contenter d'être représentative de seulement la population francophone scolarisée, et qu'elle devient moins représentative de toute la population adolescente à mesure qu'on s'approche du niveau d'âge de 18 ans.

C. METHODE D'ENQUETE

Pour cette première exploration psycho-anthropologique de l'adolescent face à la santé, à la maladie et à la prévention, nous avons choisi de faire une étude transversale, c'est-à-dire que chaque répondant a donné son opinion une seule fois. Le lecteur devra se garder, en comparant les réponses des divers niveaux scolaires, d'en tirer des conclusions sur le développement

des attitudes du secondaire I au secondaire V. Il ne s'agit donc pas ici d'une étude longitudinale et les différences entre groupes d'âge ne peuvent que suggérer des hypothèses sur le développement. C'est seulement si chaque répondant aurait eu la chance d'indiquer son opinion chaque année, pendant une période de 7 ans, que nous aurions pu être parfaitement sûrs que le cheminement décrit entre les âges serait bien réel.

La méthode d'entrevue aurait été évidemment préférable mais la grandeur de l'échantillon rendait impossible l'utilisation d'une telle méthode. Nous avons donc dû nous contenter de la méthode du questionnaire. Les institutions publiques et privées nous ont consenti l'utilisation d'une seule période de classe pour chacun de nos 168 groupes visités, période qui variait alors de 50 minutes à 63 minutes, selon les écoles. L'entente conclue prévoyait donc une seule période de classe, que la majorité des élèves aient terminé ou non de remplir le questionnaire. Cela explique que, particulièrement aux secondaires I et II, la dernière partie du questionnaire est quelquefois restée incomplète à cause de la lenteur des plus jeunes adolescents à remplir le questionnaire.

Le questionnaire, préparé de juillet à décembre 1976, consiste en une grande variété d'échelles d'attitudes, d'une échelle de connaissances, de deux échelles de valeurs et de multiples renseignements sur les comportements et autres variables des répondants et de leur entourage (parents, phratrie, amis, professeurs, etc.). La plupart des échelles furent empruntées, mais quelques unes ont été bâties par nous-mêmes; pour les échelles empruntées d'auteurs anglophones, un comité de traduction de trois membres a été constitué pour veiller à obtenir la traduction la plus précise possible. Voici la méthode qui a été suivie: le texte était d'abord traduit de l'anglais au français puis, dans un deuxième temps, une personne qui ne connaissait pas le premier texte, traduisait la version française de nouveau en anglais. Dans un troisième et dernier temps, on se réunissait pour comparer le point de départ et le point d'arrivée et trouver, dans le cas de différences significatives, des mots qui corrigeraient la différence de sens.

Il eut été impossible de mettre dans un seul questionnaire d'une heure toutes les échelles que nous avions décidé d'adopter. La solution de cette difficulté fut la suivante: constituer d'abord la première partie du questionnaire avec les échelles et renseignements de base à laquelle tous les 5.000 répondants répondraient: ceci fut appelé le "tronc commun", constitué de 32 pages. Tout le reste des échelles et renseignements fut distribué dans dix séries de huit à dix pages chacune, appelées "variantes" (de A à J), chacune d'entre elles attachée à un tronc commun et que 500 répondants (soit le dixième de l'échantillon total) remplirent. En pratique, nos assistants apportaient à chaque classe qu'ils visitaient, quarante questionnaires, soit quatre "troncs communs" avec la "variante" A, quatre "troncs communs" avec la "variante" B et ainsi de suite.

A la visite qu'ils faisaient après dans une autre classe, on commençait la distribution avec la"variante" qui suivait immédiatement celle avec laquelle on avait terminé la distribution lors de la visite précédente. De cette façon, chacune des "variantes" a été distribuée parfaitement au hasard dans toutes les 168 classes visitées.

Notons que le questionnaire fut essayé à plusieurs reprises par de petits groupes de divers âges, durant la période de préparation, pour être sûr qu'il soit en tout temps facilement compris et aussi intéressant pour tous. Plusieurs corrections furent faites à chaque occasion. Pour assurer une parfaite compréhension, le langage de l'adolescent francophone de Montréal fut adopté, aux dépens parfois de la correction du français international, et le prénom "tu" fut employé, pour mettre le répondant plus à l'aise. La plupart des répondants ont trouvé le questionnaire exigeant mais intéressant et personne n'a répondu de façon automatique.

Plusieurs questions consistent en une demande de renseignements sur des évènements arrivés "hier" (par exemple, nombre de cigarettes fumées, nombre de bouteilles d'eau gazeuse consommées, etc.). Pour éviter de mêler les habitudes de fin de semaine avec celles de la semaine d'école, il fut convenu de visiter les classes seulement du mardi au vendredi, de sorte qu'"hier" ne correspondait jamais à un dimanche.

Vu que la majorité des élèves du secondaire I et du secondaire II sont d'âge peu avancé (11 à 13 ans en moyenne), on avait prévu que plus d'enfants auraient de la difficulté à comprendre certaines questions et qu'ils seraient donc plus susceptibles de demander de l'aide à l'assistant de recherche présent. Pour éviter que celui-ci soit débordé par le nombre de ces demandes, nous avons décidé d'envoyer deux assistants (un de chaque sexe) pour toutes les visites des secondaires I et II; cela a aidé grandement à régler ce problème. Pour toutes ces classes également, un des assistants commentait brièvement la page d'introduction du questionnaire, pour aider à orienter les élèves. Dans les autres groupes d'âge, cela ne fut pas nécessaire car les adolescents étaient assez avancés pour lire seuls et bien comprendre cette introduction.

La collecte des données se déroula du milieu de janvier au milieu d'avril 1977. Dans seulement deux écoles, les autorités firent des difficultés à cause de problèmes antérieurs avec d'autres chercheurs, mais dans chaque cas, une visite personnelle d'un des membres de l'équipe a suffi à aplanir les difficultés. Dans quelques autres cas, des mésententes sur l'heure de la passation du questionnaire se produisirent, mais chaque fois un autre rendez-vous fut obtenu.

Le lecteur devra retenir la saison durant laquelle l'enquête fut faite. Tous les renseignements sur la nutrition, le tabac, l'alcool etc., s'appliquent donc à l'hiver et au début du printemps 1977, du milieu de janvier au milieu d'avril.

Remarquons en tout dernier lieu que notre enquête n'est pas à vrai dire une enquête épidémiologique. Nous avons, il est vrai, demandé à nos répondants plusieurs questions sur leurs comportements (nutrition, exercice, hygiène dentaire, sécurité, usage du tabac, etc.) mais c'était dans le but de voir quelques aspects de la réalité vécue de leurs attitudes vis-à-vis la prévention, plutôt que pour connaître en détail leurs comportements tels quels; c'est pourquoi nos questions n'épuisent à fond aucun de ces sujets, mais plutôt sélectionnent quelques aspects de beaucoup de ces sujets.

D. QUALITE DES DONNEES.

Le risque inhérent à une enquête faite sur un si grand échantillon et, en plus, à une passation de questionnaires en groupe, est celui d'une qualité inférieure des données recueillies. Conscients de ce danger, nous avions pris plusieurs précautions dont les principales furent les suivantes: l'emploi d'un langage très simple, au risque d'ennuyer un peu nos répondants les plus âgés des CEGEP, une série d'essais préliminaires pour éliminer toutes les ambiguités possibles, un questionnaire avec thèmes variés afin de retenir l'intérêt jusqu'à la fin, l'entraînement avec soin d'assistants de recherche pour qu'ils puissent faire face aisément à toutes les difficultés et la décision de mettre deux assistants par classe pour les niveaux "jeunes" des secondaires I et II.

Nous nous étions attendus à ce qu'un certain pourcentage de classes soient dissipées, étant donné ce qu'on raconte sur l'âge de la "rébellion" typique du secondaire. En fait, nos assistants furent surpris de la grande application de l'immense majorité des groupes visités: seules deux classes furent dissipées sur un total de 168, et là encore tous les questionnaires ne furent pas irrécupérables. Plusieurs étudiants firent part à nos assistants du grand intérêt qu'ils trouvèrent dans le questionnaire.

Cette première impression favorable fut confirmée ultérieurement par le codage et les premières analyses. Peu de répondants utilisèrent les réponses "je ne sais pas". Dans les échelles à plusieurs questions, dont certaines étaient inversées, même les plus jeunes répondants notèrent ce renversement, plutôt que de cocher de façon automatique. Les quelques questions à développement (un espace de trois ou quatre lignes était disponible) furent répondues avec soin. L'analyse de questions très semblables, mais situées à plusieurs pages de distance, montre que les répondants ont répondu de façon consistante. Tout nous indique que la très grande majorité de nos répondants accomplirent leur tâche avec sérieux et application. Cela augure bien pour les résultats.

Un soin égal fut apporté au codage de nos nombreuses données. Chaque assistant passait d'abord un premier examen en codant une trentaine de questionnaires qui avaient été préalablement codés par nous; si le pourcentage d'erreurs était trop grand, cet assistant était automatiquement rejeté. Ceux qui restaient étaient avertis que leurs questionnaires seraient codés par une autre personne, afin qu'ils demeurent vigilants tout au long de leur travail; de fait, en moyenne au moins un questionnaire sur dix fut vérifié, avec un pourcentage plus élevé au cours des premières semaines de travail de chacun des assistants, afin de détecter, aussitôt que possible, le relâchement de l'attention. De plus, nous avons eu la collaboration d'une quinzaine de codeurs, ce qui a diminué l'ennui qui résulte de la répétition du codage d'un trop grand nombre de questionnaires par un trop petit nombre de codeurs.

Nous avons donc l'impression que la qualité des données et celle du codage sont suffisantes pour assurer la validité des informations à analyser.

E. TRAITEMENT STATISTIQUE

Les statistiques employées pour les analyses de ce rapport préliminaire sont relativement simples. Dans les données avec moyennes, par exemple pour les différences entre garçons et filles, nous avons employé l'analyse de variance de même que pour les différences entre les cinq niveaux du secondaire. Pour les différences entre les trois classes sociales, nous avons utilisé la procédure Student-Newman-Keuls qui est disponible dans le programme SPSS. Pour nos données avec des pourcentages, nous avons calculé le chi carré. Le lecteur trouvera dans l'introduction de l'annexe une explication sur la lecture de ces statistiques dans les tableaux.

Pour l'analyse du chapitre IV, nous avons employé le coefficient de corrélation de K. Pearson pour mettre en relation les comportements et attitudes qui sont résumés par des moyennes, alors que nous avons utilisé l'analyse de variance pour les variables avec pourcentages.

Nous utiliserons des techniques multivariées au stage suivant de notre analyse.

F. HYPOTHESES

Bien que le but premier de cette recherche était d'établir une source d'informations précises sur les comportements, attitudes et connaissances qui concernent directement ou indirectement la santé, la maladie et la prévention, nous avions en tête, cependant, quelques hypothèses préliminaires dont voici celles qui seront vérifiées dans les deux chapitres suivants:

1. Effet de l'âge:

Notre société actuelle étant notoire pour sa négligence de la prévention, il est probable qu'en avançant en âge, l'adolescent adoptera souvent l'éthos négligent des adultes et abandonnera graduellement les pratiques de santé qu'il avait apprises dans sa famille et à l'école primaire.

Il est probable aussi qu'il adoptera certains comportements nocifs, comme l'usage du tabac. Enfin, ses attitudes de prévention auront tendance aussi à se détériorer. D'où:

HYPOTHESE I: "La fréquence des pratiques de santé et des attitudes de prévention diminuera du secondaire I au secondaire V."

2. Effet du sexe:

Beaucoup d'études ont montré que les femmes sont généralement plus attentives que les hommes aux diverses manifestations de leur corps, en particulier aux malaises et aux douleurs qu'elles ressentent, ce qui les oriente plus souvent vers des comportements et des attitudes de prévention. Il faut toutefois faire une exception pour les sports, à cause d'une attitude sociale très biaisée dans ce domaine. D'où:

HYPOTHESE II: "La fréquence des pratiques de santé (sauf pour les sports) et des attitudes de prévention sera plus élevée chez les filles que chez les garçons."

3. Effet de la classe sociale:

On a remarqué souvent que la classe ouvrière était plus lente à adopter des pratiques d'hygiène et était plus réticente à partager des attitudes préventives que les autres classes. Il est probable que malgré qu'ils soient encore scolarisés, les adolescents du secondaire suivent en cela la tendance de leur classe sociale. D'où:

HYPOTHESE III: "La fréquence des pratiques de santé et des attitudes de prévention sera plus élevée chez les adolescents de classe aisée et de classe moyenne que chez ceux de classe ouvrière."

4. Emergence d'une "culture préventive":

C'est notre impression que depuis quelques décennies, les campagnes de prévention ont insisté plus qu'avant sur les interrelations entre les diverses pratiques de santé. Il est donc probable maintenant que les gens qui ont pris de bonnes habitudes dans le domaine de la nutrition en auront aussi pris dans le domaine de l'exercice et dans les autres domaines connexes. Ces interrelations seront les témoins de l'existence d'une "culture préventive". D'où:

HYPOTHESE IV: "Les pratiques de santé et les attitudes de prévention ne seront pas isolées mais on trouvera entre elles, dans la moitié des cas au moins, des corrélations significatives."

5. Effet de l'âge sur l'émergence d'une "culture préventive":

Alors qu'il nous semble que dans beaucoup de cas, les adolescents au début du secondaire font peu de relation entre les diverses pratiques de santé et les attitudes de prévention, il est probable qu'avec l'âge, ils vont prendre plus conscience des interrelations entre elles et que par conséquent, leur "culture préventive" sera plus intégrée. Cela n'est pas contradictoire avec l'hypothèse I où on avait prédit une détérioration des pratiques de santé avec l'âge. Ce dont nous parlons ici, c'est que pour la minorité des adolescents des secondaires IV et V qui continuent à pratiquer la prévention, les relations entre les divers domaines de celle-ci seront plus fréquentes et plus intenses qu'aux secondaires I, II et III. D'où:

HYPOTHESE V:"Le nombre et l'intensité des corrélations significatives entre les diverses pratiques de santé et les attitudes préventives auront tendance à augmenter du secondaire I au secondaire V."

Les trois premières de ces hypothèses seront testées au chapitre suivant (chapitre III) et les deux dernières le seront au chapitre IV.

Avant de terminer ce chapitre, remarquons que nos prochains chapitres n'analyseront que des données des cinq niveaux du secondaire. En effet, bien que nous avons recueilli aussi des données du collégial I et II, le codage de ces données n'était pas assez avancé quand nous avons commencé la rédaction de ce rapport, ce qui nous a obligé à nous limiter aux répondants des secondaires. Les données du collégial seront donc rapportées dans des publications ultérieures.

SUMMARY

A. Our target population was the schooled francophone adolescents of the Island of Montreal. We did first a census of all school classes functioning in the academic year 1976-1977, both from private or public schools; that census yielded 3,791 classes which multiplied by a mean of 30 students per class, gives a target population of about 112,750.

B. Since, in our sample, we wanted to control for sex (2 cells), for social class (3 cells) and for each school grade (5 high-school and 2 college = 7 cells), our minimum number of cells was 42 (2x3x7); at the number of 12 respondents per cell, this amounts to a sample of a minimum of 504 respondents. Since our questionnaire comprised 10 different sub-questionnaires, added to a first section filled by everybody (see section C for explanation), our final sample became 5,040 respondents, which is about 4.4% of the target population.

The basic sampling unit being the school-class, 4.4% of the 3,791 counted gives 168 classes to be visited, with a 4.4% at each grade. Our sample is thus a representative partially stratified sample, stratified only for school grade, because it was impossible to find reliable data to stratify each school class for social class.

During the collection of data, we assessed a 9.65% level of absenteism among students, about three students per class of thirty. We don't think that this level of absenteism will invalidate our data. Finally we evaluate that our respondents of secondary I, II and III are almost fully representative of the total francophone population of that age group, whereas, starting from secondary IV, about 10% of the adolescents drop out of school each year, rendering our sample less representative of the total population.

C. This is a <u>transversal</u>, not a longitudinal survey, so the means of each school level should not be seen as stages in the development of an attitude or a behavior.

The school commissions agreed to give us a single school period, which that year varied from 50 to 63 minutes. Since we wanted to obtain much more information than could be possibly obtained in an one hour period or less, we decided to divide the questionnaire into two parts: the first part called the "tronc commun", 32 page long, which was filled by all our 5.000 respondents, comprised the essential items of our study; the second part, 7 to 10 page long, had ten different versions or "variantes", so that each version was filled by about 500 respondents. Note that each of the 10 versions was distributed in each school class, in order to insure that each sub-sample of 500 respondents was as representative as the whole sample.

This survey is not an epidemiological survey; although we asked a lot of questions about behaviors in the health field, those questions were not used to obtain a comprehensive picture in one health field but rather were asked in order to obtain some indications of preventive behavior in many health fields.

D. The quality of the data was assessed during the filling of the questionnaires (very few disturbances in school classes despite the "rebellious" age of the respondents) and later on by the first analysis of the data. The very low level of refusal to answer all questions, the consistency in the answers to similar questions asked at different moments in the questionnaire and the seriousness of ad lib answers point to a high degree of cooperation of the high majority of our respondents.

Coding was done in a cautious way, with more than 10% of questionnaires coded twice, in order to minimize the level of error.

E. In this preliminary report, simple statistical analyses will be used. In variables with means, variance analysis was used to assess differences between boys and girls and between school grades. Concerning differences between social classes, the Student-Newman-Keuls procedure was followed. In variables with percentages, the chi square was used. For details, please consult the introduction to the appendix ("Annexe").

In chapter IV, we used K. Pearson's correlation coefficient to relate behaviors and attitudes between themselves. Multivariate techniques will be used in future analyses.

F. Five hypotheses will be tested in the next chapters.

I- The frequency of (good) health behaviors and of preventive attitudes will decline from secondary I to secondary V.

II- The frequency of (good) health behaviors (except for sports) and of preventive attitudes will be higher among girls than among boys.

III- The frequency of (good) health behaviors and of preventive attitudes will be higher in adolescents of high and middle class than of working class.

IV- (Good) health behaviors and preventive attitudes will not be isolated but, on the contrary, will correlate positively in half of the cases.

V- The number and intensity of significant correlations between health behaviors and preventive attitudes will be likely to increase from secondary I to secondary V (that is, in the minority of respondents of secondary V who still practice good health behaviors, the integration of the behaviors and attitudes will be higher than in the lower grades).

Hypotheses I, II and III will be tested in chapter III, and hypotheses IV and V will be tested in chapter IV.

The analyses in the next chapter will be confined to the five grades of the secondary level, because at the moment of writing, the data of college I and II were not yet available; they will be analysed in future publications.

CHAPITRE III

EXPOSE ET ANALYSE DESCRIPTIVE DES COMPORTEMENTS ET DES ATTITUDES ENVERS LA SANTE

La présente recherche a été formulée dans le but de saisir le profil de l'adolescent qui a intégré, dans son mode de vie quotidien, certaines normes d'hygiène préventive et de contraster ce profil à celui des jeunes qui manquent de motivation envers la santé. Nous croyons que l'étude comparative de ces deux constellations nous suggèrera des stratégies d'enseignement dont profitera la santé des générations futures.

Ce chapitre abordera donc successivement, l'analyse descriptive de divers comportements et ensuite de certaines attitudes de l'adolescent francophone scolarisé envers des pratiques de vie couramment considérées comme préventives, à court ou à long terme.

Pour chacun des domaines traités, nous expliquerons: a) l'instrument de mesure utilisé (i.e. la ou les questions posées); b) les critères de correction lorsqu'il y a lieu; c) les résultats obtenus. Le lecteur est prié de consulter l'annexe pour la lecture des tableaux statistiques. Nos calculs statistiques consistent en analyses de variance unidirectionnelles ("one-way") ou en chi-carrés. Le seuil de probabilité avait été fixé, au préalable, à .05. Dans tous les cas discutés, nos analyses juxtaposent les résultats des filles et des garçons ainsi que ceux des trois grandes classes sociales: la classe 1 ou classe privilégiée; la classe 2 ou classe moyenne; la classe 3 ou classe ouvrière. Ces trois classes ont été obtenues à partir de la profession du père comme suit: la classe privilégiée (1) regroupe les occupations de directeur ou d'administrateur et les professions libérales (médecin, avocat, ingénieur, etc.); la classe moyenne (2) comporte le travail technique (arpenteur, dessinateur, bijoutier, etc.), les petits propriétaires, les gérants, les travailleurs de bureau, les autres travailleurs professionnels (bibliothécaire, enseignant, travailleur social, etc.) et les services publics(tels policier, pompier, douanier etc.); enfin la classe ouvrière (3) comprend les ouvriers semi-spécialisés, ou non spécialisés, ou manoeuvres, les employés de ferme, les ouvriers spécialisés et les contremaîtres, ainsi que l'exercice de services (tels garçons de table, concierge, maintenance, etc.).

Notre population consiste en un échantillon représentatif des adolescents francophones scolarisés des secondaires I à V. L'âge moyen de chacune de nos cinq cohortes chronologiques est: au secondaire I, 12 ans 9 mois; au secondaire II, 13 ans 8 mois; au secondaire III, 14 ans 8 mois; au secondaire IV, 15 ans 7 mois; au secondaire V, 16 ans 8 mois.

COMPORTEMENTS

Seront examinés dans cette section les comportements en matière de nutrition, d'usage du tabac, du port du casque protecteur (en moto), d'hygiène dentaire, de la durée du sommeil nocturne, du temps passé à regarder la télévision, de pratique de la gymnastique et des sports.

A. NUTRITION

En ce qui concerne la nutrition, nous proposons: 1) une évaluation quantitative; 2) un examen qualitatif du petit déjeuner ordinaire; 3) un aperçu de la consommation quotidienne d'aliments "vides" ou d'apport douteux.

1. Examen quantitatif du petit déjeuner: il est tout simplement ici question de faire l'inventaire de la consommation moyenne d'aliments au petit déjeuner. Cet inventaire est tiré de l'étude de Monique Julien-Dubé (1975). La question posée était:"Indique quels sont les aliments que tu as mangé ce matin au petit déjeuner (marque un X dans l'espace qui précède chaque aliment, si tu l'as mangé ce matin)". Orange ou pamplemousse; jus de pomme, d'orange ou de pamplemousse; céréales; pain(rôti ou non); "pop tart"; brioches ou croissants; crêpes ou gaufres; marmelade,sucre,miel; confiture, beurre de caramel, sirop d'érable; beurre; oeuf; fromage; saucisse; beurre d'arachides; déjeuner instantané; lait, un grand verre; café ou thé; chocolat chaud ou froid; lait (dans les céréales seulement); autres aliments (précise s.t.p.).

   L'analyse de nos données révèle(tableau 1) qu'indépendamment de l'âge, les garçons mangent significativement plus (3 aliments en moyenne) que les filles (environ 2 aliments) au petit déjeuner. On constate aussi que ces habitudes respectives restent stables avec le temps. Autrement dit, de manière générale, on ne mange ni plus ni moins à mesure qu'on vieillit, mais on conserve ses habitudes. Relevons quand même une exception, celle de la classe 1 où la consommation tombe de façon importante à partir du secondaire IV. Cependant,la classe sociale ne semble pas jouer de rôle important dans ce domaine. Il y a sans doute une certaine tendance qui se dessine au secondaire I et au secondaire III, suggérant que les enfants de la classe privilégiée mangent plus que les enfants des deux autres classes mais, ces indications ne sont pas assez soutenues pour permettre de généraliser.

2. Analyse qualitative du petit déjeuner: il s'agit d'une étude plus détaillée de la composition du petit déjeuner à partir d'un regroupement des items de notre inventaire précédent en quatre grandes catégories d'aliments: a) les sources de vitamines C, b) les aliments protéinés, c) les sucreries et d) les glucides ou farineux.

a) Vitamine C: sous cette rubrique nous avons groupé les fruits tels qu'orange, pamplemousse, les jus de ces fruits, ainsi que les autres jus de fruits (pomme, etc.). Il s'agit donc d'une échelle de trois items. La lecture du tableau 3 suggère que dans l'ensemble, moins de 18% des adolescents mangent un aliment riche en vitamine C le matin. Ce pourcentage reste stable à travers les cinq niveaux scolaires. Parmi cette minorité, les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à partir du secondaire IV.

Pour ce qui est des niveaux socio-économiques, la classe privilégiée (1) se distingue de la classe ouvrière (3) par une plus grande consommation de vitamine C à presque tous les niveaux scolaires (secondaires I, II, IV et V) La consommation de la classe moyenne (2) est supérieure à celle de la classe ouvrière (3) aux secondaires IV et V.

b) Aliments protéinés: les sources de protéines au petit déjeuner sont essentiellement les oeufs, le fromage, le beurre d'arachides, le lait, les saucisses et les autres viandes ou poissons. Nous avons donc une échelle de 6 items.

Le tableau 2 indique que, d'une manière générale, les garçons consomment plus de protéines que les filles au petit déjeuner mais, nous relevons aussi que moins de 18% des adolescents mangent un aliment protéiné le matin. Cette proportion ne change pas avec le temps.

En ce qui concerne la classe sociale, on peut constater qu'à deux niveaux scolaires (secondaires I et III), l'appartenance au milieu privilégié affecte la consommation de protéines. Cependant, cette tendance n'est pas assez soutenue pour permettre de généraliser.

c) Les glucides: lorsque petit déjeuner il y a, le tableau 5 montre qu'il consiste surtout en farineux ou en glucides. Sous cet en-tête, nous avons 5 items regroupant céréales, pain, brioches ou croissants, crêpes ou gaufres et autres aliments semblables. Les garçons mangent plus de glucides que les filles à tous les niveaux chronologiques, quoique leur propre consommation décline significativement avec l'âge.

La comparaison entre classes sociales ne permet aucune généralisation, même si l'on relève une certaine tendance de la classe 1 (au niveau des secondaires I et III) à une consommation plus forte de glucides.

d) Aliments à forte teneur en sucre (confiture ou marmelade, sirop, etc.). Les adolescents, quel que soit leur âge, ne semblent guère priser ces mets au petit déjeuner. Le sexe et la classe sociale ne semblent pas faire de différence dans ce type de consommation. Notons quand même qu'aux secondaires I et III les garçons mangent significativement plus de sucreries que les filles et, qu'au secondaire I, la consommation de la classe privilégiée dépasse significativement celle des deux autres classes.

3. Consommation quotidienne d'aliments pauvres en valeur nutritive:

Sont rangés sous cette rubrique les pâtisseries, le café, le thé, les liqueurs douces, le chocolat, les croustilles et la crème glacée, à cause de sa haute teneur en sucre et en matière grasse saturée. Ces items constituent une échelle de 7 éléments.

L'examen du tableau 6 révèle que les adolescents consomment environ deux à trois de ces aliments quotidiennement. Ces consommations augmentent de façon significative chez les garçons à mesure qu'ils vieillissent, et ils en consomment également plus que les filles à partir du secondaire V.

La classe ouvrière fait un usage plus grand de ces aliments que la classe privilégiée au niveau des secondaires III et V.

Sommaire: nos données suggèrent que, d'une manière générale (exception faite de la vitamine C), le statut social a très peu d'influence sur les habitudes alimentaires des adolescents. Ces habitudes laissent uniformément à désirer.

4. Régime d'amaigrissement: la question posée était: "As-tu déjà suivi un régime pour perdre du poids?". On peut voir (tableau 32) que les filles se préoccupent de leur poids beaucoup plus que les garçons. Cette tendance augmente significativement avec l'âge chez les filles, jusqu'à recouvrir plus d'un tiers de ce sexe. Environ 10% des garçons admettent avoir déjà suivi un régime d'amaigrissement. Ce chiffre reste stable avec le temps. Les filles ont-elles plus tendance à faire de l'embonpoint que les garçons? Sont-elles peut-être moins actives physiquement et font-elles moins de sports, d'où une moindre dépense de calories? Les garçons rejettent-ils le souci de la ligne comme une préoccupation trop féminine? Nous tenterons de répondre à ces questions un peu plus loin. Il se peut aussi que le physique idéal féminin soit beaucoup plus rigidement prescrit dans notre milieu social que ne l'est le physique masculin idéal.

La classe sociale ne paraît pas jouer ici de rôle important.

B. TABAC

Nos données préliminaires qui consistent en simples distributions de fréquences, indiquent que près de la moitié des adolescents fument au niveau du secondaire V. Ce pourcentage est effarant lorsque l'on pense aux nombreux effets nocifs du tabac sur la santé et aux efforts déployés par les campagnes publicitaires anti-tabac. Nos chiffres correspondent à ceux d'une enquête menée à Toronto au cours de l'été 1976 et publiée récemment (R.J. Sheppard et R. LaBarre, 1978).

Soulignons également qu'à tous les stades chronologiques, les filles qui fument sont significativement plus nombreuses que les fumeurs masculins du même âge. Ainsi, le pourcentage de fumeuses varie de 26% au secondaire I à 50% au secondaire V, alors que chez les garçons la proportion de fumeurs n'est que de 12% au secondaire I et grimpe à 47.7% au secondaire V.

a) Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement: quel usage cette population de fumeurs fait-elle du tabac? Pour évaluer le nombre de cigarettes fumées par jour, nous avons posé deux questions auxquelles seuls les fumeurs ont répondu. La première question était:"Au cours de la journée d'hier, combien de cigarettes as-tu fumées?" (tableau 7). La seconde question était: "D'habitude, combien de cigarettes fumes-tu chaque jour?" (tableau 8). Un examen rapide des tableaux 7 et 8 révèle des résultats un peu plus conservateurs lorsque la question sonde un souvenir immédiat, et sans doute plus précis, que lorsqu'elle concerne une évaluation globale et approximative ("d'habitude..."). Une chose semble sûre, nos adolescents ne tentent pas de minimiser leurs vices!

Autre fait frappant, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement augmente de façon inexorable avec l'âge. Les garçons progressent de 2 à 3 cigarettes par jour au secondaire I, à 9 cigarettes par jour au secondaire V. Les filles vont de 3 cigarettes au secondaire I, à 7 cigarettes au secondaire V. Nous avons donc au secondaire V des fumeurs bien ancrés dans leurs habitudes. Notons également que si le nombre de fumeuses dépasse celui des fumeurs, les filles fument cependant moins de cigarettes par jour que leurs camarades masculins, et cette différence devient significative à partir du secondaire IV.

La classe sociale ne semble exercer aucune influence. Ceci est aussi conforme aux résultats de l'enquête de Sheppard et LaBarre (1978).

b) Age moyen à la première cigarette fumée (tableau 9): parmi les fumeurs des deux sexes et, de quelque classe sociale qu'ils soient, l'âge moyen d'introduction au tabac se situe aux alentours de 12 à 13 ans. Cependant, une minorité d'enfants commencent à fumer vers les 10 ans.

A notre grand étonnement, nous avons aussi remarqué que l'âge indiqué pour la première cigarette fumée augmente graduellement entre les secondaires I et V! Une explication simple de ce phénomène est que le nombre croissant de nouveaux fumeurs, à chaque palier chronologique, produit le gonflement de cette donnée.

c) Age auquel les parents permettent l'usage du tabac (tableau 10): Il y a un décalage d'un an, à tous les niveaux scolaires, entre l'âge auquel l'adolescent a commencé à fumer et, l'âge auquel les parents auraient donné leur accord sur la question. Les parents ont l'air de dire: "Pas encore cette année, attends au moins jusqu'à l'an prochain!" On a l'impression que c'est une tentative de repousser l'inévitable plutôt qu'un geste approbatif.

La classe sociale et le sexe de l'adolescent n'exercent pas d'influence significative.

d) Perception de la proportion des amis qui fument (tableau 11): notre intention était de mesurer la pression sociale exercée sur l'adolescent par ses pairs. Tous les sujets (et, non pas seulement les fumeurs) étaient priés de répondre à la question:"Quelle est la proportion de tes ami(e)s qui fument régulièrement?", en encerclant un chiffre sur une échelle de 7 points. "1" signifiait "tous mes amis", "4" signifiait "la moitié de mes amis" et "7" signifiait "aucun de mes amis".

Afin de faciliter la lecture du tableau 11, nous proposons au lecteur de convertir mentalement les chiffres 1 à 7, en pourcentages approximatifs comme suit: 7 = 0%; 6 = 16.5%; 5 = 33%; 4 = 50%; 3 = 66.5%; 2 = 83%; 1 = 100%.

Nous relevons, conformément à nos données précédentes, trois faits intéressants: la proportion des amis qui fument augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre à peu près 55% au secondaireV,à l'âge de 16 ans 10 mois. A presque tous les niveaux scolaires (I,II, III, IV), les filles déclarent avoir plus d'ami(e)s qui fument que les garçons. Ces différences significatives s'effacent au secondaire V où les garçons rattrapent les filles.

Sommaire: nos données suggèrent que, pour être efficaces, les campagnes préventives anti-tabac devraient s'adresser aux enfants dès la dernière année du primaire ou la première année du secondaire, avant que la cigarette n'ait fait ses conquêtes. En effet, une fois l'habitude prise, il devient très difficile de s'en défaire comme tout le monde le sait.

La classe sociale ne semble pas être une variable significative dans ce contexte.

C. PERCEPTION DE LA PROPORTION DES AMIS QUI PRENNENT DE L'ALCOOL REGULIEREMENT (tableau 21)

La question était: "Quelle est la proportion de tes amis qui prennent régulièrement de l'alcool (bière, vin, boisson forte)?". Nos sujets étaient priés de répondre en encerclant un chiffre sur une échelle de 7 points. "1" signifiait "tous mes amis", "4" signifiait "la moitié de mes amis, et "7" signifiait "aucun de mes amis". Afin de faciliter la lecture de ce tableau, nous proposons au lecteur de convertir mentalement les chiffres 1 à 7 en pourcentages approximatifs, comme suit: 7 = 0%; 6 = 16.5%; 5 = 33%; 4 = 50%; 3 = 66.5%; 2 = 83%; 1 = 100%. Les réponses à cette question nous donnent une idée approximative du nombre de jeunes consommateurs d'alcool.

Nos résultats suggèrent que pour les garçons, le pourcentage de buveurs varie de 16.5% au secondaire I, à environ 50% au secondaire V. Pour les filles, ces proportions vont d'environ 16% au secondaire I, à 44% au secondaire V. A partir du secondaire IV, cette différence entre garçons et filles devient significative. La classe sociale ne semble exercer aucune influence sur la propension à la consommation alcoolique des adolescents.

D. PORT DU CASQUE PROTECTEUR EN MOTO (tableaux 33 et 34)

La question était: "La dernière fois que tu es allé(e) en motocyclette, as-tu mis un casque protecteur, oui, non?". Le tableau 33 montre que plus du 1/3 des adolescents du secondaire I n'ont pas porté le casque protecteur la dernière fois qu'ils sont allés en moto. Ce pourcentage tombe à environ 20% au secondaire V. Lorsque la question est formulée différemment, c'est-à-dire: "Combien de fois t'arrive-t-il de mettre un casque protecteur quand tu vas en motocyclette?", la proportion des adolescents qui disent "toujours" porter le casque protecteur, varie de 50% au secondaire I à 68-70% au secondaire V. Dans les deux cas, nous constatons que la sagesse augmente de manière significative avec les années.

Le sexe et la classe sociale n'exercent pas d'influence significative sur cette attitude.

E. HYGIENE DENTAIRE

Trois aspects de l'hygiène dentaire sont examinés: 1) le nombre de brossages de dents par jour, 2) la fréquence de l'usage du fil de soie dentaire, 3) la propension à visiter le dentiste par mesure préventive.

1- le brossage des dents: la question était: "D'habitude, combien de fois te brosses-tu les dents au cours de la journée?". Le tableau 12 établit une forte différence significative entre filles et garçons. Dans l'ensemble, les garçons se brossent les dents une fois par jour, quelque soit leur âge. Les filles, par contre, se brossent les dents au moins deux fois par jour. Cette pratique augmente de façon significative chez les filles à mesure qu'elles grandissent. (tableau 12)

La classe sociale n'exerce pas d'influence importante.

2- l'usage du fil de soie dentaire: la question était: "D'habitude, combien de fois t'arrive-t-il de nettoyer tes dents avec du fil de soie?". Le tableau 41 indique qu'une forte proportion d'adolescents et, en particulier, les garçons et les adolescents plus âgés, n'utilisent "jamais" le fil de soie dentaire. A partir du secondaire IV, la classe privilégiée se distingue des deux autres par un plus grand usage de la soie dentaire (tableau 41).

3- visite préventive chez le dentiste (tableau 20): le résultat révèle que la moitié seulement des adolescents vont chez le dentiste par mesure préventive. La classe sociale joue ici un rôle significatif, la classe privilégiée étant beaucoup plus prédisposée envers ce type de consultation. Le sexe est un facteur important à partir du secondaire IV, les filles étant plus fortement motivées que les garçons à demander une consultation dentaire préventive. De plus, l'orientation préventive des garçons diminue légèrement avec l'âge. Soulignons enfin que, même la forte orientation préventive de la classe "1" semble diminuer avec l'âge.

Sommaire: nos données suggèrent que les filles ont beaucoup plus tendance que les garçons à suivre certaines règles d'hygiène dentaire, qu'il s'agisse de se brosser les dents, d'utiliser le fil de soie dentaire ou de faire une visite préventive chez le dentiste. Ces différences s'accentuent avec l'âge. De plus, les garçons ont tendance à perdre leurs bonnes habitudes avec l'âge. Ceci indique peut-être que, pour avoir plus d'impact, la stratégie des programmes d'hygiène dentaire devrait être différente pour les garçons et pour les filles, commencer tôt dans la vie d'un enfant et continuer tout au long de l'adolescence. Le rôle de la classe sociale est moins clair que celui de l'âge et du sexe. On relève quand même une plus grande propension de la classe "1" à utiliser les services dentaires de manière préventive, surtout au début de l'adolescence. Il y a ici sûrement un facteur économique qui est intervenu, en plus d'une différence de valeurs sociales puisque les soins dentaires gratuits n'étaient offerts que jusqu'à l'âge de 12 ans, à l'époque de notre recherche. Il y aurait quand même lieu d'exercer plus de pression et d'efforts éducatifs afin d'accroître l'intérêt et la motivation des deux autres niveaux socio-économiques envers les soins dentaires.

F- DUREE DU SOMMEIL NOCTURNE

Le tableau 13 indique que les adolescents obtiennent en général un nombre adéquat d'heures de sommeil, allant de 9h30, au secondaire I, à 8h15, au secondaire V. Le sexe et la classe sociale n'interviennent pas de façon significative.

E- PERCEPTION DE LA PROPORTION DES AMIS QUI PRENNENT REGULIEREMENT DE LA DROGUE (tableau 14)

A la question:"Quelle est la proportion de tes amis qui prennent régulièrement de la drogue?", les sujets devaient encercler un chiffre allant de 1(tous mes amis) à 7 (aucun de mes amis), en passant par 4 (la moitié de mes amis). Il est clair que la classe sociale n'est pas un facteur significatif mais le sexe, par contre, agit de manière ambiguë. En effet, au niveau des secondaires II et III, plus de filles que de garçons disent avoir des amis qui prennent de la drogue. Au secondaire V, cette situation se renverse puisque les garçons dépassent ici les filles. L'âge est également un facteur significatif car on remarque que l'usage de la drogue parmi "les amis" augmente inexorablement à travers les années de l'éducation secondaire.

H-TEMPS PASSE A REGARDER LA TELEVISION (Tableau 16)

La question était:"Hier, au cours de la journée, combien de temps as-tu passé à regarder la télévision?". Clé de lecture du tableau 16: 4= 1 heure; 5 = 1h30; 6=2 hres; 7 = 2h30. Le tableau 16 montre que, à partir du secondaire III,

les garçons passent significativement plus de temps que les filles à regarder la télévision. Ce temps de visionnement diminue sensiblement avec l'âge pour les garçons comme pour les filles. Nous relevons aussi que les enfants de la classe ouvrière passent plus de temps en face de l'écran que ceux de la classe privilégiée. Aux niveaux scolaires I à III, les garçons consacrent près de 2h30 à la télévision. Ce temps diminue à environ 2 heures au secondaire IV et à 1h30, au secondaire V.

Les filles du secondaire III regardent la télévision pendant moins de 2 heures, et ce temps diminue à environ 1h15 aux secondaires IV et V.

Les adolescents du milieu ouvrier passeraient à peu près 1 heure de plus par jour à regarder la télévision. Ainsi, aux secondaires I et II, la répartition est: 1h30 pour la classe privilégiée et 2h30 pour la classe ouvrière; au niveau du secondaire IV, nous relevons 1 heure pour la classe "1" et 2 heures pour la classe "3".

I. PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE (tableau 37)

La lecture du tableau 37 nous apprend que presque tous les adolescents font de la gymnastique au niveau du secondaire I. Cependant, cette pratique tombe de façon dramatique avec l'âge, soit de 88.5% à 56.2% entre les secondaires I et V, pour les garçons et, de 90.2% à 67.7% pour les filles.

D'une manière générale, la classe sociale n'est pas un facteur significatif, sauf au secondaire I où un nombre plus grand d'enfants de la classe ouvrière disent faire de la gymnastique.

Le sexe exerce une certaine influence au niveau des secondaires II, IV et V, le pourcentage des filles qui font de la gymnastique étant significativement supérieur à celui des garçons.

a) le lieu de choix pour la pratique de la gymnastique(tableaux 38 et 39) semble être l'école, pour les plus jeunes et, la maison, à mesure que nos adolescents avancent en âge. La maison semble être également favorisée par plus de garçons que de filles aux secondaires II, IV et V (tableau 38).

La classe sociale n'exerce pas ici d'influence significative.

b) la durée moyenne de ces séances de gymnastique est d'environ 3/4 d'heure, allant de 48 minutes au secondaire I, à 42 minutes au secondaire V. L'effet de la classe sociale sur la durée des séances de gymnastique (tableau 17) n'est significatif qu'aux secondaires II et V, la classe privilégiée dépassant alors les deux autres classes. Cependant, étant donné ces résultats dispersés, il n'est pas possible de généraliser.

c) la fréquence mensuelle des séances de gymnastique est d'une fois tous les deux jours pour les garçons et, d'une fois tous les trois jours pour les filles au niveau du secondaire V (tableau 15). Ainsi, lorsque les garçons font de la gymnastique à cet âge là, ils la pratiquent plus intensément que les filles. Au niveau du secondaire I, il n'y a pas de différence significative entre garçons et filles. Le nombre de séances mensuelles tombe de 16 à 14 chez les garçons, et de 15 à 10 chez les filles, entre les secondaires I et V.

La classe sociale n'exerce pas d'effet significatif.

Clé de lecture du tableau 15: ce tableau nous donne le temps moyen, en minutes, consacré par mois, à la pratique de la gymnastique par les adolescents qui en font. Ces chiffres, divisés par la durée moyenne d'une séance de gymnastique, nous donnent le nombre de séances de gymnastique par mois.

J. LES SPORTS

Notre enquête sur la pratique des sports porte sur deux sphères, celle des sports individuels et celle des sports d'équipe.

a) sports individuels (ski, natation, cyclisme, jogging, canotage, tennis, aviron, etc.): le tableau 18 montre que les garçons pratiquent nettement plus de sports individuels que les filles et, que cet écart augmente avec l'âge, même si garçons et filles tendent à consacrer plus de temps aux sports individuels à mesure qu'ils vieillissent.

La classe sociale exerce une influence significative chez les plus jeunes (niveaux scolaires I, II et III) mais, cet effet disparaît aux secondaires IV et V grâce aux avances importantes de la classe ouvrière.

b) sports d'équipe (tableau 19): une comparaison rapide des tableaux 18 et 19 indique que nos adolescents francophones sont des individualistes qui, à l'encontre de leurs contemporains américains, ne prisent pas les sports collectifs. On remarque, en effet, que beaucoup moins de temps est accordé aux sports d'équipe. Par exemple, au secondaire V, les garçons accordent environ 35 heures par mois aux sports individuels mais, 16 heures seulement aux sports d'équipe. Pour les filles du même âge, la répartition est de 21 heures par mois pour les sports individuels et, de 4 heures pour les sports collectifs. Ceci nous amène à observer également que les garçons pratiquent significativement plus de sports d'équipe que les filles. Cette deuxième observation est conforme aux études américaines qui déplorent le peu de participation des filles aux sports collectifs.

Avec l'âge, les garçons consacrent significativement plus de temps aux sports d'équipe alors que les habitudes des filles ne changent guère.

La classe sociale ne semble pas exercer d'influence importante dans cette sphère, même si l'on relève des différences significatives entre les classes "1" et "3" au niveau des secondaires I et III. Ces différences qui sont à l'avantage de la classe "1" ne sont pas assez soutenues pour permettre de généraliser.

c) Temps consacré à la totalité des sports (tableau 20): le tableau 20 montre que les garçons font, en moyenne, beaucoup plus de sports que les filles. Cependant, pour les deux sexes, la pratique des sports

augmente significativement avec l'âge. Pour les garçons, le temps consacré aux sports varie de 431 heures par année (36 heures par mois), au secondaire I, à 616.94 heures par année (51 heures par mois), au secondaire V. Pour les filles, ce temps est de 275.35 heures par année (23 heures par mois), au secondaire I, à 310.50 heures par année (26 heures par mois),au secondaire V.

Si le sexe exerce une influence claire et décisive en matière de sports, les filles étant beaucoup moins actives dans ce domaine, le rôle de la classe sociale est beaucoup plus vague et ne se manifeste qu'au début de l'adolescence. D'une manière générale, la classe ouvrière rattrape les deux autres dès le secondaire IV.

ATTITUDES

Dans la section qui suit, nous explorons quelques attitudes des adolescents envers un style de vie préventif dans le but d'évaluer leur motivation.

A. PROPENSION A SUIVRE UN MODE DE VIE PLUS SAIN, MEME SI CECI EST ASTREIGNANT, EN VUE DE PROLONGER LA VIE.

La question, un peu longue, était la suivante: "Une recherche scientifique, en Californie, a démontré récemment que les individus qui avaient observé certaines règles de vie, au cours de leur existence, avaient vécu onze ans de plus que la moyenne des gens qui ne s'étaient pas préoccupés de leur propre façon de vivre. Ces règles de vie, qui sont souvent difficiles à adopter, sont: manger trois repas réguliers par jour; prendre un petit déjeuner substantiel le matin; faire du sport ou de l'exercice régulièrement; dormir 8 heures chaque nuit; éviter d'être trop gros ou trop maigre; modérer sa consommation d'alcool; ne pas fumer.

"Maintenant la question est: en comparant les avantages apportés par l'observation d'une telle hygiène (onze ans de vie de plus) et ses désavantages (choses assez difficiles ou privations désagréables), jusqu'à quel point penses-tu qu'il vaille la peine de pratiquer cette hygiène?"

Le tableau 22 indique que les adolescents des deux sexes semblent être adéquatement motivés envers la santé (ou du moins envers leur propre longévité) puisqu'ils déclarent que ça vaut plus que moyennement la peine

s'imposer un bon nombre de privations pour vivre plus longtemps. Il faut cependant prendre ces déclarations avec certaines réserves puisque nous savons que le mode de pensée caractéristique des adolescents les pousse à adopter beaucoup plus de choses en théorie qu'en pratique (Elkind).

Il est intéressant de noter cependant que les garçons sont de moins en moins enclins, avec l'âge, à sacrifier leurs plaisirs en vue de préserver leur santé et de prolonger leur vie. Comme l'attitude des filles reste stable à travers nos cinq cohortes chronologiques, il survient une différence significative en faveur des filles à partir du secondaire V. La classe sociale n'apporte pas ici d'influence importante.

F. INTERET A METTRE EN PRATIQUE CINQ MESURES SPECIFIQUES D'HYGIENE:

Il s'agit ici d'une série de 5 questions qui visent à établir le pourcentage des adolescents qui ne sont pas du tout enclins à mettre en pratique des règles d'hygiène élémentaires dans les 5 domaines suivants: l'exercice, la nutrition, le tabac et les auscultations préventives (dentaire et générale).

Les 5 questions sont:

a) Pour éviter la maladie du coeur plus tard, à partir de quand vas-tu commencer sérieusement à pratiquer des mesures préventives, comme par exemple faire de l'exercice régulièrement?

b) A partir de quand penses-tu que tu devrais surveiller ton alimentation, et t'assurer d'une nutrition quotidienne bien équilibrée?

c) Pour éviter les caries et autres troubles dentaires, à partir de quand vas-tu commencer à visiter régulièrement le dentiste, 2 fois par année, pour un examen préventif ("check-up"), même si alors tu n'as aucun mal de dents?

d) Pour éviter le cancer du poumon, ou les troubles respiratoires, à partir de quand vas-tu arrêter complètement de fumer la cigarette?

e) Pour mieux veiller à ta santé, à partir de quand vas-tu commencer à visiter le médecin régulièrement, une fois par année, pour un examen préventif, même si alors tu n'as aucun malaise?

Le tableau 42 nous renseigne sur les différences entre les filles et les garçons. Le tableau 43 regroupe les résultats des trois classes sociales.

a) l'exercice: un pourcentage plus grand de garçons que de filles déclarent qu'ils ne seront jamais disposés à faire de l'exercice pour se maintenir en bonne forme. Cette différence est significative au niveau des secondaires I, II et IV. Les pourcentages varient de 6.8% à 20% pour les garçons et de 4% à 11.1% pour les filles.

La classe sociale ne semble pas être une variable statistiquement significative. Cependant, nous notons que les adolescents de la classe ouvrière (3) ont tendance à être moins motivés que ceux des autres classes, en ce qui concerne l'exercice.

b) la nutrition: nos résultats indiquent qu'un nombre important de garçons (de 8.7% à 13.6% de notre population masculine) n'accorderont "jamais" d'importance à leur régime alimentaire. Par contre, les filles semblent être beaucoup plus conscientes du rôle de l'alimentation en matière de santé (1.8% à 4.4% des filles déclarent qu'elles ne se préoccuperont "jamais" de ce qu'elles mangent).

La classe sociale n'est pas une variable significative.

c) le tabac: un pourcentage surprenant, sinon effarant, d'adolescents qui fument déclarent qu'ils n'abandonneront "jamais" la cigarette par mesure préventive (19.8% à 46.7% des garçons et 9.5% à 29.6% des filles). Nous ne découvrons pas de différence significative à ce sujet, entre filles et garçons, sauf au niveau du secondaire I où l'écart est substantiel (9.5% des filles versus 46.7% des garçons!).

La classe sociale n'est pas une variable significative.

d) visite dentaire préventive: entre 8.9% et 14.6% des garçons déclarent qu'ils n'iront "jamais" chez le dentiste pour une visite préventive; de 3.6% à 9% des filles partagent ce sentiment. La différence entre filles et garçons devient statistiquement significative aux secondaires II, IV et V.

La classe sociale intervient de manière significative au niveau des secondaires III et V seulement en faveur de la classe privilégiée. Il entre ici, sûrement, un facteur économique, puisque les services dentaires gratuits ne sont offerts au public que jusqu'à l'âge de 12 ans.

e) visite médicale préventive: ces résultats coïncident plus ou moins avec l'attitude des adolescents envers les visites dentaires. Entre 10% et 19.1% des garçons ne comptent "jamais" rendre visite à un généraliste, par mesure préventive. Entre 3.1% et 11.7% des filles ont la même attitude. La différence est significative au niveau des secondaires I et IV.

La classe sociale n'apparait pas comme un facteur significatif.

Sommaire:

Les résultats rapportés jusqu'ici, dans cette section sur les attitudes, suggèrent que les adolescents sont, en théorie, d'accord avec les principes de prévention (tableau 22) mais, beaucoup moins disposés, en pratique, à observer certaines règles d'hygiène. En effet, outre le pourcentage important de ceux qui affirment catégoriquement leur attitude négative à ce sujet, il faut compter le nombre, non négligeable (environ le 1/3 des ado-

lescents), de ceux pour qui la prévention est à repousser dans un avenir plus ou moins lointain ("d'ici un an" ou "d'ici cinq ans") et donc, peut-être,"jamais"(tableaux 44 et 45). Ces deux catégories font,qu'environ la moitié des adolescents,ne sont pas prêts à pratiquer sérieusement un mode de vie préventif.

Ceci dit, il reste que, d'une manière générale, les filles semblent être beaucoup plus disposées que les garçons à adopter des règles de vie préventives, surtout en matière de nutrition. Les garçons devraient donc faire l'objet d'efforts éducatifs particuliers.

La classe sociale ne semble pas intervenir de manière significative, sauf, peut-être, lorsqu'il s'agit de visite dentaire ou médicale. Il y a, dans ces deux cas, une moindre réticence de la classe privilégiée à utiliser les services médicaux dans des buts préventifs.

C. PERCEPTION DE LA PART DE RESPONSABILITE PERSONNELLE DANS L'ETAT DE SANTE.

Notre intention était de nous renseigner sur la prédominance du fatalisme (ou, au contraire, du sens de responsabilité personnelle), chez l'adolescent, envers sa propre santé. La question était: "On entend souvent dire qu'on ne peut rien changer à sa santé, soit parce qu'on est né maladif ou bien portant, et qu'on le reste toute sa vie, soit parce que ça prend beaucoup d'efforts pour influencer sa santé. Toi-même, dans quelle mesure penses-tu pouvoir améliorer ta propre santé?"

Nos résultats (tableau 23) indiquent que garçons et filles, de quelque milieu social qu'ils soient et, quel que soit leur âge, penchent vers la responsabilité personnelle en ce qui concerne leur santé et qu'ils sont conscients de pouvoir l'améliorer par certaines actions. Chez les filles, cette responsabilité personnelle augmente de manière significative avec l'âge.

D. STEREOTYPAGE SEXUEL DE 8 COMPORTEMENTS D'HYGIENE. (tableau 25)

Une série de 8 questions portant sur divers comportements d'hygiène tente de faire le point sur l'attribution de stéréotypes sexuels à certaines pratiques préventives, par nos adolescents. Notre échelle comportait les questions suivantes: "Dis-moi dans quelle mesure les activités suivantes sont plus ou moins typiques des garçons ou des filles:

a) s'informer sur la qualité de la nutrition et appliquer ses connaissances à ce qu'on mange chaque jour

b) surveiller son poids pour éviter de devenir trop gros

c) boucler la ceinture de sécurité quand on va en auto

d) éviter de fumer la cigarette

e) être modéré dans la consommation de l'alcool (vin, bière, ou boissons fortes comme gin, scotch, vodka, tequila, etc.)

f) s'arrêter pour se détendre

g) visiter le dentiste ou le médecin régulièrement, même quand on n'a pas de malaises, ou qu'on n'a pas de problèmes

h) visiter l'orienteur, le psychologue ou le psychiatre quand on a des problèmes personnels".

La réponse était donnée en encerclant un chiffre sur une échelle de sept points allant de 1 (très typique des garçons) à 7 (très typique des filles) en passant par 4 (ni typique des garçons ni typique des filles).

Nos résultats suggèrent que garçons et filles perçoivent les pratiques d'hygiène énumérées ci-dessus comme plutôt féminines. Pour les deux sexes, cette tendance à stéréotyper les actes préventifs augmente, avec l'âge, de manière significative. A tous les niveaux chronologiques, les filles ont plus tendance que les garçons à stéréotyper ces comportements. Avec l'âge, la prévention devient donc progressivement plus syntone à l'identité sexuelle des filles, et s'éloigne graduellement de la perception du rôle masculin. Parmi les adultes, il est reconnu que les hommes s'occupent beaucoup moins de leur santé que les femmes. L'attribution d'un stéréotype féminin à cette préoccupation offre une explication possible de cette différence entre les sexes envers la prévention.

La classe sociale n'est pas une variable significative.

E. PERCEPTION DE VULNERABILITE FUTURE A CERTAINES MALADIES GRAVES (tableau 24).

Il s'agit d'une échelle de 10 items qui offre un indice global de perception de vulnérabilité personnelle aux maladies graves (hypertension, diabète, cancer du poumon, alcoolisme, etc.). Les questions étaient: "Dans quelle mesure est-il probable que tu aies, ou que tu fasses, les choses suivantes avant l'âge de 60 ans (celle échelle est inspirée de celle, à court terme, de Gochman, 1970):

a) que tu souffres beaucoup d'arthrite?

b) que tu fasses du diabète?

c) que tu sois hospitalisé pour trois semaines ou plus?

d) que tu deviennes alcoolique?

e) que tu deviennes très gras?

f) que tu aies le cancer du poumon?

g) que tu fasses trop de pression du sang (pression artérielle trop élevée)?

h) que tu aies des troubles de la digestion?

i) que tu aies un accident d'auto grave?

j) que tu fasses une grosse dépression nerveuse?".

La réponse était donnée en encerclant un chiffre sur une échelle de sept points allant de 1 (impossible) à 7 (certain) en passant par 4 (moyennement probable). Le tableau 24 montre que, d'une manière générale, l'adolescent considère sa vulnérabilité future à la maladie comme moins que "moyennement probable".

Nous relevons cependant que les filles se sentent significativement plus vulnérables à la maladie que les garçons, à tous les niveaux chronologiques. Cette perception de vulnérabilité augmente de manière significative avec l'âge chez les deux sexes.

La classe sociale n'exerce pas d'influence importante.

Ce plus grand sentiment de vulnérabilité chez les filles est sans doute relié à leur plus forte orientation envers la santé. L'angoisse est une motivation puissante. Mais, c'est aussi une arme à double tranchant car, au-delà d'une certaine intensité, elle peut mener au déni total du danger. Agiter le spectre de la maladie est donc une variable qu'il faut manipuler avec beaucoup de circonspection.

F. ATTRIBUTION DE RESPONSABILITE A D'AUTRES QU'A SOI-MEME DU "MAINTIEN ET DE L'AMELIORATION" DE SA PROPRE SANTE (tableau 40).

La question était: "Qui est la personne principalement responsable de maintenir et d'améliorer ta santé? Donne ta réponse en marquand un "X" dans l'espace pointillé à gauche, ne donne qu'une seule réponse:

a) tes amis

b) la garde-malade de ton école

c) ton médecin de famille

d) le médecin du gouvernement

e) tes parents

f) ton professeur d'éducation physique

g) toi-même".

Nos données montrent que les adolescents tentent de se sentir de plus en plus responsables de leur santé à mesure qu'ils vieillissent. Entre les secondaires I et V, de 71% à 31.8% des garçons et, de 68.2% à 18% des filles se déchargent de la responsabilité de leur santé sur le milieu (parents, médecins, la société, etc.). La différence entre les filles et les garçons n'est significative qu'aux secondaires III et IV, les filles étant toujours plus nombreuses à assumer la responsabilité de leur santé.

La classe sociale n'exerce d'influence qu'au niveau des secondaires II et V, donc un effet qui n'est pas suffisamment généralisé pour qu'on en tire des conclusions. Notons cependant que, dans ces deux cas, les adolescents de la classe ouvrière sont moins portés à assumer cette responsabilité et plus enclins que les adolescents des deux autres groupes à la projeter sur leur milieu social.

CONCLUSION:

Nos données offrent une confirmation partielle de nos hypothèses. Nous avions, premièrement, postulé une détérioration des comportements et des attitudes avec l'âge, dû à l'influence négative de la société envers la santé. D'une manière générale, les comportements hygiéniques des adolescents se détériorent avec l'âge (tabac, drogue, alcool, sports, exercice). En matière de nutrition, la consommation d'aliments "vides" (ou peut-être délétères), augmente avec l'âge chez les garçons. Le petit déjeuner est négligé par la grande majorité des adolescents et ne comporte pas une variété équilibrée d'aliments (forte concentration de glucides, très rarement un fruit ou un aliment protéiné). Les attitudes des adolescents, par contre, s'améliorent sensiblement avec l'âge. Par exemple, les adolescents et, les filles en particulier, en nombre croissant, se disent prêts à assumer la responsabilité de leur santé et, sont conscients de pouvoir l'influencer par leur mode de vie. Cependant, les stéréotypes féminins, attribués aux comportements préventifs et le sentiment d'invulnérabilité des adolescents, s'ajoutant à la dévaluation de la santé par la société, semblent annuler, au niveau des comportements, les attitudes positives acquises intellectuellement, par la lecture ou l'éducation scolaire ou familiale.

Notre deuxième hypothèse se rapportant à la plus grande orientation du sexe féminin envers la santé est vérifiée dans la majorité des cas. Environ 57% de nos analyses statistiques comparant les sexes, aboutissent à des différences significatives. Notre troisième hypothèse voulait que les adolescents de la classe ouvrière seraient plus réticents envers les pratiques préventives que ceux des deux autres classes. Cet effet de la classe sociale

s'est rarement manifesté , suggérant qu'au niveau de l'adolescence, les différences socio-économiques n'ont pas beaucoup d'influence sur les attitudes ou les comportements, peut-être à cause de l'impact des média de communication (journaux, télévision) ou de l'effet égalisateur de notre système d'éducation. Tout juste 15.4% des analyses statistiques comparant les comportements et les attitudes des trois classes sociales sont significatives. Ces chiffres indiquent qu'à l'exception de certaines situations spécifiques, comme par exemple la tendance à visiter le médecin ou le dentiste par mesure préventive, l'effet de la classe sociale est beaucoup moins important qu'on ne l'a postulé jusqu'ici. Par contre, des différences importantes entre les sexes relativement à la santé, suggèrent la nécessité de formuler des programmes qui s'adressent particulièrement aux besoins et aux attitudes spécifiques des garçons et des filles.

SUMMARY

One of the goals of our study was to compare and contrast the lifestyles of prevention-oriented and of unconcerned adolescents, in order to better understand their respective frames of reference and their psychological makeups. We hope that future educational strategies will subsume this increased understanding and that future programs will correspond more closely to the reality of the adolescent's needs and perceptions.

The first segment of our analysis consists of a survey of the adolescent's behaviour and of his attitudes toward various practices related to prevention and health maintenance. Our statistical calculations consist of one-way analysis of variance and of chi-squares. The probability threshold was set at .05. Our data delineates differences between the sexes and between three socio-economic groups: the superior class (group 1), consists of high-level company executives and professionals; the middle-class (group 2), is made up of owners of small businesses, technicians, office workers, etc.; and the blue-collar workers (groupe 3), is composed of semi-skilled or unskilled workers, waiters, maintenance employees, etc.

Our research population comprises a representative sample of francophone high-school students (5,040 subjects), from secondary I to secondary V. Their respective mean ages are: 12 years 9 months, in secondary I, 13 years 8 months, in secondary II; 14 years 8 months, in secondary III; 15 years 7 months, in secondary IV; and, 16.8 in secondary V.

Assessment of behaviors dealt with eating habits, smoking, dental hygiene, practice of sports and callisthenics, watching television, and wearing a protective helmet (when riding a motorcycle).

In nutrition, we focused on a) a quantitative, and b) a qualitative analysis of breakfast, as well as on daily intake of junk food. Our results (table 1) show that, when adolescents do eat breakfast (and only about 18-20% seem to do so), boys eat significantly more than girls (3 foods vs. 2 foods). This intake does not change with increasing age. Socio-economic status is not a significant variable, although at two grade levels (secondary I and III), children of the superior class appear to eat more than the others.

For adolescent breakfast-eaters, this meal consists mainly of carbohydrates (table 5). While boys eat greater quantities of this staple than do girls, their own consumption declines with age. Sweetened foods (table 4) are surprisingly unpopular for breakfast among our adolescents regardless of sex or socio-economic level. Unfortunately, so is Vitamin C (in the form of fruits or fruit juices), being included by less than 18% of our sample (table 3). Adolescents of the low socio-economic group consume significantly less Vitamin C than the others; in secondary IV and V, girls who get some Vitamin C at breakfast are significantly more numerous than boys. Proteins are also a relatively neglected breakfast food, included by less than 18% of our sample (table 2), and by more boys than girls. Age and socio-economic status are not significant variables in the consumption of proteins. Intake of junk foods (i.e., chips, soft drinks, chocolate, tea, coffee, pastries, etc.) averages 2 to 3 items daily. Boys eat significantly more of these foods with age, and significantly more than girls at the level of secondary V. Socio-economic status is not a significant variable. One additional question related to eating habits concerned adolescents who were, at one time, or are now, on a weight-reducing diet. More than one-third of the girls, but only 10% of the boys, stated that dieting was an active preoccupation (table 32). Socio-economic status is not a significant variable.

In summary, our data suggests that socio-economic status is not a significant variable in the nutritional habits of adolescents (except in the case of Vitamin C, where the upper class seems to have the edge over others). Breakfast is a neglected meal by the vast majority of adolescents, and consists mainly of carbohydrates, when it is taken. Socio-economic status is not a significant variable.

Answers to questions dealing with cigarette smoking indicate that by the end of high school (secondary V), nearly half of the student population are regular smokers, lighting up 7 (for girls) to 9 (for boys) cigarettes a day (tables 7 and 8). More teenage girls smoke, than boys, but they smoke fewer cigarettes a day than their male counterparts. This difference becomes significant at the levels of secondary IV and V. Socio-economic status is not a significant variable.

Among teenage users of tobacco, outset of smoking occurred around 12/13 years old. Some even started as young as 10 years old (table 9). Socio-economic status does not seem to influence results.

Perception of proportion of friends who are also smokers is consistent with the results above, and indicates that peer pressure, and/or encouragement, may play an important role here (table 11). At every grade level, girls admit to having more friends who smoke than do boys, and this percentage tops 50% in secondary V. Socio-economic status is not significant.

In summary, our results would suggest that anti-smoking efforts directed at young people, should be started toward the end of primary school, before young people become exposed, pressured and/or habituated to tobacco. While special attention should be given to the increasing number of young female smokers, socio-economic differences do not seem to require specific strategies, at this time.

A question dealing with the adolescent's perception of the proportion of his friends who drink alcoholic beverages, regularly, yielded somewhat similar results as above. Nearly 50% of male adolescents and 44% of the females are regular drinkers, by the secondary V grade level (table 21). However, here the boys surpass the girls. At the secondary I grade level, 16.5% of the boys, and 17% of the girls are regular drinkers. A significantly larger number of boys than girls are regular drinkers at the secondary IV and V grade levels. Socio-economic status is not a significant variable.

Wear of a protective helmet (when riding a motocycle) is praticed by 50% of adolescents at the secondary I grade level, and this percentage rises to 68-70% at the secondary V grade level. Sex and socio-economic status are not important variables (table 34).

Three aspects of dental hygiene were examined: a) frequency of tooth brushing; b) use of dental floss; c) propensity to go for dental check-ups. Table 12 shows that girls brush their teeth at least twice daily and that this practice increases with age. Boys brush their teeth significantly less often than girls, approximately once daily, regardless of age. Socio-economic status introduces no difference.

Dental floss is rarely used by adolescents, and even more seldom by boys and older adolescents (table 41). The upper socio-economic group (1) appears to be more inclined to use floss at the secondary IV and V grade levels.

Preventive dental check-ups are sought by roughly 50% of adolescents (table 36), girls seem to be more prevention oriented than boys at the secondary IV and V grade levels. With increasing age, boys appear significantly less inclined to go for dental check-ups in the absence of discomfort. The upper socio-economic group appears to be significantly more motivated toward dental health and preventive check-ups than the other two groups.

In summary, girls seem to be much more motivated than boys toward good dental care. These differences increase with age, partly due to the boys increasing indifference in this matter. While the effect of socio-economic status is not as clear-cut, the superior class appears to have better dental habits, especially in the early phases of adolescence. However, this may due to an economic factor, as much as to social values, since free dental care for children was not available at the time of this study.

Watching television is a more popular pastime for boys than for girls, and for adolescents of the low socio-economic, more than for youths of the other two groups (table 16). Boys, in secondary I, spend about 2½ hours watching television, and their viewing time decreases to 1¾ hours in secondary V. Viewing time for girls ranges from somewhat less than 2 hours in secondary III, to 1¼ in secondary V. Adolescents from the low socio-economic group spend, on the average, 1 more hour daily watching television than other adolescents.

The practice of callisthenics is widespread among adolescents of the secondary I. But, it decreases sharply with age, going from 88.5% to 56.2% for boys, and from 90.2% to 67.7% for girls between the secondary I and the secondary V grade levels (table 37).

While socio-economic status does not exert a significant effect, sex seems to make a difference. At the levels of secondary II, III, and V, significantly more girls than boys practice callisthenics. With increasing age, however, boys exercise alternate days, while girls exercice every third day (table 15). Average duration of an exercice session is 45 minutes (table 17). Preferred place of practice is the school for younger adolescents, and home for older adolescents and for boys (table 38). Socio-economic status is not a significant variable.

Questions on sports dealt with "team sports" and "individual sports". Table 18 shows that boys engage in individual sports far more than girls, and that this gap widens with age. However, both boys and girls are increasingly involved with individual sports.

as they get older. While socio-economic status exerts a significant influence at the earlier grade levels (secondaries I, II and III), this difference disapperas in secondaries IV and V, due to gains made by the low socio-economic group. Team sports are less popular than individual sports with francophone adolescents (table 19). For instance, at the secondary V grade level, boys spend, on the average, 35 hours a month on individual sports, but only 16 hours on team sports. For girls on the same age group, the breakdown is 21 hours per month, for individual sports, and 4 hours for team sports. Socio-economic status does not appear to have an effect on team sports. Table 20 indicates that while boys devote much more time than girls to the practive of sports, both sexes increase their involvement with sports as they get older. On the whole, socio-economic status has no significant effect on these activities.

The next few paragraphs will focus a number of health related attitudes which may have a bearing on adolescents' preventive behaviors and lifestyle.

One question dealt with readiness to observe a certain number of somewhat restricting rules in order to increase one's chances of living "11 years longer" (as demonstrated in one of Breslow's studies). Table 22 shows that adolescent theoretically agree that such self-discipline is quite worthwhile. It is noteworthy, however, that while girls'attitude, in this respect, does not change with age, the boys'readiness decreases significantly with age. Socio-economic status is not a significant variable.

Another series of questions singles out five specific lifestyle areas (exercice, nutrition, smoking, preventive general and dental check ups) in an attempt to identify the percentage of adolescents who feel that they will "never" be concerned with regulating their habits in these five areas. Table 42 deals with sex differences whereas table 43 deals with social class differences.

Results are as follows: a) exercise: significantly more boys than girls indicate no willingness ever to exercise in the interest of better health. Percentages vary from 6.8% to 20% for boys, and from 4% to 11.1% for girls, b) nutrition: significant differences between boys and girls are obtained again. From 8.7% to 13.6% of boys will "never watch their food intake", while only 1.8% to 4.4% of girls make such a statement, c) smoking: an alarming number of adolescent smokers state that they will never give up cigarettes. Percentages range from 46.7% for boys, in secondary I, to 19.8%, for boys, in secondary V. For girls, the percentages are: 9.5%, in secondary I, to 29.6%, in secondary V. The difference between the sexes is only significant at the secondary I grade level. However, while boys seem to become wiser with age, and to acknowledge the possible ill effects of tobacco, girls appear to become more unconcerned and/or more intrenched in their habits, d) medical check-ups: from 10% to 19.1% of the boys, and from 3.1% to 11.7% of adolescent girls, shun routine medical check-ups. This difference is only significant at the secondary I and IV grade levels. Socio-economic status is not a significant

variable in any of the above four areas. e) dental check-ups: from 8.9% to 14.6% of the boys, and from 3.6% to 9% of the girls will "never" be inclined to go to the dentist for routine check-ups. This difference between the sexes is statistically significant at the secondary II, IV and V grade levels. The superior socio-economic group is significantly better predisposed in this matter, than the other two groups, in secondaries III and V.

In summary, while adolescents give their agreement to the overall merits of an orientation to prevention, they are much less inclined, in practice, to observe specific lifestyle rules. For, if we add to those who flatly state that they will "never" concern themselves with preventive behavior, the large numbers who feel that preventive behavior can be postponed for "one year" or for "five years" (i.e. perhaps forever), we end-up with half of our population unwilling to become prevention-minded in the here and now. This being said, it should be underscored, however, that girls, seem to be much better disposed toward prevention (except for cigarette), than their male counterparts. Socio-economic status does not intervene significantly, except in the case of dental check-ups, where the superior socio-economic group shows greater readiness for preventive visits (see tables 44 and 45 for postponement of preventive behavior for "one year" or "five years").

A set of 8 questions which address possible sexual stereotyping of preventive activities reveal that health maintenance is considered by both boys and girls as a somewhat feminine preoccupation. In fact, girls are ever more prone than boys to stereotype behaviors dealing with prevention. Thus, health concerns are more ego syntonic for girls than for boys. Stereotyping also tends to increase with age. Socio-economic status does not play a significant role here (table 25).

Another 10 items scale deals with "perception of future personal vulnerability to serious illness". Table 24 shows that adolescents tend to feel that serious illness is unlikely to happen to them. However, girls feel more vulnerable than boys, at all grade levels, and perception of vulnerability increases with age for both sexes. Socio-economic status is not a significant variable.

As they grow older, more adolescents tend to assume responsibility for the maintenance of their own health (table 40). While 71% of the boys, and 68.2% of the girls, attribute this responsibility to "others", in secondary I, these proportions fall to 31.8%, for the boys, and 18%, for the girls, by the end of high school. Sex differences are only significant in secondaries I and III, with the female adolescents showing greater readiness to acknowledge responsibility for their health. Socio-economic status is not a significant variable.

CONCLUSION:

Our results offer partial confirmation for our hypotheses. We had predicted a gradual deterioration of health-related behaviors, as the adolescent grows up, due to society's general disregard for

prevention and health. Our data shows that in many cases the quality of the adolescent's lifestyle declines with age. We had also hypothesized a parallel worsening of attitudes toward prevention. Interestingly, this is not demonstrated by our results. Actually, attitudes seem to improve;this apparent contradiction may be a reflection of the cognitive dichotomy which characterizes the adolescent (dealt with in our review of the literature on adolescence) and defines him as a "theoretician and a system-builder", and not as action-oriented. It is also likely that age appropriate feelings of invulnerability, and feminine stereotypes attached to preventive activities, militate against rational considerations and intellectual knowledge.

Secondly we hypothesized that girls would be much more prevention-minded than boys. This proved to be so in the majority of cases. Approximately 57% of our comparisons between boys and girls proved to be significant, and showed girls to be more actively concerned about their health.

Our third hypothesis proposing a difference in health orientation between the different socio-economic groups received very little confirmation from our data. Only 15% of our statistical analyses, in this area, yielded significant differences.

CHAPITRE IV

RELATIONS ENTRE COMPORTEMENTS ET ATTITUDES

Après avoir fait au chapitre précédent une revue de comportements et d'attitudes considérés chacun isolément, il est temps maintenant de voir s'il existe des relations entre chacun de ces comportements et chacune de ces attitudes. Rappelons tout de suite que nous avons formulé à ce sujet deux hypothèses, à la fin du chapitre II, soit l'hypothèse IV, selon laquelle il existerait des relations entre les comportements et les attitudes dans au moins la moitié des cas et, l'hypothèse V, selon laquelle le nombre et l'intensité des interrelations entre comportements et attitudes auraient tendance à augmenter du secondaire I au secondaire V.

Cette recherche des relations se fera au moyen d'une série de corrélations de Pearson entre chacune des variables choisies. Il s'agit donc d'une toute première analyse car, nous ne contrôlerons pas pour le sexe, la classe sociale, ni pour d'autres variables importantes, telles que la phratrie, l'âge des parents, etc.; cela fera l'objet d'une deuxième étape d'analyse . Disons que ces premières corrélations serviront surtout à explorer plus en profondeur nos données et, à établir quelques hypothèses solides qui devront être vérifiées plus tard.

Ce chapitre sera composé de trois sections: la première, sera une analyse bi-variée des comportements relatifs, positivement ou négativement à la prévention; dans une deuxième section, nous analyserons les corrélations entre les comportements et diverses attitudes que nous avons testés chez nos répondants et enfin, dans une troisième et dernière section, nous analyserons les relations entre les attitudes elles-mêmes.

Remarquons que, dans le présent chapitre, chaque fois qu'il est question d'utilisation du tabac, seuls les fumeurs sont inclus dans nos analyses; notre analyse sera donc limitée à constater si les petits fumeurs ont des comportements différents des gros fumeurs ou ont des attitudes différentes. Dans une analyse future, nous inclurons les non fumeurs aussi bien.

SECTION I

RELATIONS ENTRE COMPORTEMENTS

A. Nutrition:

Nous savons déjà (voir chapitre précédent) que la tendance générale de nos répondants est de prendre un trop léger petit déjeuner; nous trouvons cependant une grande variété dans ce comportement. Considérons maintenant les relations entre le nombre total de types d'aliments consommés au petit déjeuner et quelques groupes de ces aliments.

En ce qui regarde la relation avec les éléments protéiques du petit déjeuner (oeuf, fromage, saucisse, beurre d'arachides, verres de lait), nous avons trouvé une relation très élevée et stable, tel qu'on peut le constater dans le tableau suivant:

Niveau	Corrélation de Pearson ("r")	Niveau de signification ("sig")
Secondaire I	.71	.001
Secondaire II	.71	.001
Secondaire III	.73	.001
Secondaire IV	.66	.001
Secondaire V	.64	.001

Ce tableau indique à tous les niveaux scolaires une forte relation entre le nombre total d'aliments pris au petit déjeuner et les aliments protéiques; ce qui veut dire que plus on prend un petit déjeuner substantiel, plus on a tendance à consommer des aliments protéiques au cours de ce même petit déjeuner.

La relation entre le nombre total d'aliments et les éléments glucidiques (céréales, pain, brioches, croissants, crêpes, gaufres) est aussi élevée et aussi stable que la précédente, soit, à partir du secondaire I, r_s .70, .74, .71, .67, et finalement .64 au secondaire V.

La relation avec les éléments de vitamine C (orange, pamplemousse, jus de pomme, jus d'orange ou de pamplemousse) est un peu moins élevée que dans les deux précédentes mais encore très significative et assez stable, soit dans le même ordre que précédemment, du secondaire I, r_s .51, .48, .53, .46, et .46 au secondaire V.

Notons tout de suite que pour ces trois premières séries de corrélations, notre hypothèse de l'émergence d'une culture de la prévention avec l'âge n'est pas vérifiée. Au contraire, nous avons des corrélations très élevées au secondaire I mais qui ont tendance à baisser légèrement, par la suite, plutôt qu'à monter.

Qu'en est-il maintenant de la consommation de sucre (marmelade, confiture, sans cependant inclure les céréales sucrées qui ont été toutes englobées dans la section des glucides) au petit déjeuner? Nous obtenons dans l'ordre habituel: r = .51 au secondaire I, .51, .46, .40 et .38 au secondaire V, toutes corrélations très significatives mais un peu moins élevées que pour les éléments de la vitamine C.

Cela termine l'analyse des composantes du petit déjeuner. Tout cela indique que, plus le petit déjeuner est substantiel, plus d'éléments nutritifs sont inclus; en effet, les corrélations avec les éléments protéiques et les éléments de vitamine C, par exemple, sont beaucoup plus élevées que les corrélations avec les éléments de sucre. Cela donc semble indiquer que, conseiller un petit déjeuner substantiel, va, la plus part du temps, dans le sens d'une bonne hygiène.

Passons maintenant à la consommation d'aliments généralement considérés comme indésirables (pâtisseries, crème glacée, café, thé, eaux gazeuses, chocolat, croustilles). Nous avions à ce sujet fait l'hypothèse d'une relation inverse avec le petit déjeuner, c'est-à-dire que, plus on prend un petit déjeuner substantiel, moins on consomme des éléments indésirables au cours de la journée. Voyons les résultats:

Niveau	"r"	"sig."
Secondaire I	.04	n.s.
Secondaire II	.08	.01
Secondaire III	.05	n.s.
Secondaire IV	.11	.001
Secondaire V	.06	.05

Au lieu des corrélations négatives que nous avions attendues, nous avons plutôt, ou bien des corrélations nulles (non significatives) aux secondaires I et III, ou bien des corrélations légèrement positives aux autres niveaux. Il n'y a donc pas ici d'indication de l'émergence d'une "culture de prévention".

Nutrition et autres comportements

Vu le nombre énorme de corrélations possibles entre les éléments de la nutrition et tous les autres, nous avons choisi, dans cette première exploration, un seul élément de nutrition, le nombre d'aliments protéiques au petit déjeuner, qui est l'élément qui nous semble le plus représentatif d'un petit déjeuner substantiel. Dans tout le reste de cette section, chaque fois qu'on verra dans un titre le mot "nutrition", on comprendra que cela veut dire: nombre d'aliments protéiques pris au petit déjeuner.

1) Nutrition et pratique des sports:

Nous avons ici des corrélations significatives (variant de .08 à .13), sans toutefois de progression régulière avec les niveaux scolaires.

2) Nutrition et gymnastique régulière:

Les corrélations ici sont moins stables, très significatives au secondaire II (r .12, sig .005) et au secondaire IV (r .13, sig .002), mais non significatives aux autres niveaux, quoique dans la même direction.

3) Nutrition et brossage régulier des dents:

Comme dans les sections précédentes, nous avons ici des relations positives, c'est-à-dire que, plus on mange d'éléments protéiques au petit déjeuner, plus on a tendance à se brosser les dents régulièrement; mais cette relation suit une courbe curvilinéaire, c'est-à-dire d'abord, relation faible et non significative aux secondaires I et II puis, une relation très fortement significative (r .11, sig .001), au secondaire III puis, une baisse des corrélations au secondaire IV pour se terminer par une relation non significative au secondaire V, au même niveau que celle du secondaire I. Donc, pas de relation stable avec l'âge.

4) Nutrition et emploi régulier du fil de soie dentaire:

La relation positive est encore moins forte ici qu'avec le brossage des dents. La corrélation est significative à un seul niveau scolaire (secondaire II): il n'y a donc pas de relation avec l'âge.

5) Nutrition et durée du sommeil:

Il n'existe aucune relation entre ces deux variables.

6) Nutrition et utilisation régulière de la ceinture de sécurité:

Notons d'abord que l'information sur cette variable de la ceinture de sécurité n'est pas disponible dans l'annexe mais, nous avons fait des corrélations entre cette variable et les autres que nous possédons.

Nous avions espéré une corrélation positive augmentant avec l'âge; cependant il n'existe au contraire, qu'une corrélation significative (sig .046) au secondaire I.

7) Nutrition et tabac:

Une corrélation inverse est ici espérée, c'est-à-dire que, plus on prend de protéines au petit déjeuner, moins on fume de cigarettes au cours de la journée. Nos résultats sont désappointants, en ce sens que l'on a trouvé aucune relation chez nos fumeurs entre le fait de leur consommation de protéines au pe-

tit déjeuner et la fréquence de l'utilisation du tabac. Ces deux variables semblent donc indépendantes.

B. Pratique des sports

Nous avions une série de questions sur le type de sports pratiqués de façon régulière; ceci nous a donné un total annuel d'heures pour les sports individuels et, un second total annuel d'heures pour les sports d'équipe. Les deux ensemble ont donné un total annuel pour tous les sports. Le total de toutes ces heures de pratique de sports est en corrélation très élevée (de r .93 à .94) avec la pratique des sports individuels et, un peu moins, avec la pratique des sports d'équipe (de r .75 à .78).

La relation entre pratique des sports et nutrition a déjà été analysée dans la sous-section précédente, soit la nutrition. Voyons maintenant les autres relations.

1. Sports et gymnastique:

Notre hypothèse prévoit des corrélations positives entre ces deux variables avec l'accroissement du degré de corrélation avec l'âge. Voici les résultats:

Niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	.09	.02
Secondaire II	.09	.02
Secondaire III	.08	.02
Secondaire IV	.11	.008
Secondaire V	.12	.004

Nos hypothèses sont enfin vérifiées! Toutes les corrélations sont positives et significatives et, après un plateau aux trois premiers niveaux du secondaire, nous avons un léger accroissement beaucoup plus significatif au secondaire IV et, enfin encore plus, au secondaire V.

2. Sports et brossage des dents:

Aux quatre premiers niveaux du secondaire, nous avons ici des corrélations positives mais, non significatives. C'est seulement au niveau du secondaire V que nous avons une corrélation significative de .09 (sig .007).

3. Sports et fil de soie dentaire:

Nous avons ici seulement deux corrélations significatives, mais pas de mouvement régulier avec l'âge, puisque c'est au secondaire I (sig. .01) et au secondaire IV (sig. .02), soit presque aux deux extrêmes, que nous trouvons ces corrélations significatives.

4. Sports et sommeil:

On prévoyait ici que plus on est sportif, plus on se couche tôt, afin de se tenir en forme. Les résultats n'apportent qu'une corrélation significative, au secondaire IV, mais cette corrélation est en sens inverse (r -.08, sig. .02), c'est-à-dire que plus on fait du sport, au secondaire IV, moins on prend du sommeil.

5. Sports et ceinture de sécurité:

Sports et sécurité dans la voiture ne vont de pair qu'au secondaire I (r .10, sig .001). Après ce niveau, les corrélations sont toutes non significatives et graduellement, de moins en moins élevées, ce qui est exactement le contraire de notre hypothèse de l'influence bénéfique de l'âge.

6. Sports et tabac:

On connaît bien l'insistance des animateurs sportifs sur la diminution de l'usage du tabac. Nous nous attendions donc à des corrélations inverses (avec signe"moins") dans ce domaine. Voici nos résultats:

Niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	-.10	.11
Secondaire II	.03	.30
Secondaire III	-.04	.24
Secondaire IV	.02	.32
Secondaire V	-.01	.42

La corrélation la plus élevée du tableau, celle du secondaire I, est dans la direction prévue par l'hypothèse mais n'est que près d'être significative; tout le reste est décevant. Donc, parmi nos adolescents fumeurs, ceux qui sont sportifs fument autant que les non sportifs et l'âge n'a aucun effet sur cette relation.

C. Pratique de la gymnastique.

Rappelons tout d'abord que tout adolescent sportif ne fait pas nécessairement de la gymnastique et vice versa; c'est pourquoi nous avons posé une série de questions différentes sur cette activité.

1. Gymnastique et brossage des dents:

Nous n'avons obtenu ici qu'une seule corrélation significative (r .15, sig .001)et, contrairement à notre hypothèse, c'est au secondaire I que nous la trouvons. Les plus jeunes, et non les plus vieux,lient ces deux activités.

2. Gymnastique et fil de soie dentaire:

Ces deux variables sont seulement liées au niveau du secondaire III et, la corrélation est modeste (sig .04).

3. Gymnastique et sommeil:

Comme pour les sports, nous avions prévu une relation positive entre ces deux variables. Les résultats nous déçoivent un peu moins, puisque nous avons obtenu, au secondaire I, ce que nous espérions (r .09, sig .01). Malheureusement, la seule autre corrélation significative, celle du secondaire IV, est en sens contraire (r -.07, sig .05), exactement au même niveau scolaire que dans la relation entre sports et sommeil; décidément, nos adolescents du secondaire IV sont si occupés à la pratique des sports et de la gymnastique, qu'ils en négligent leur sommeil.

4. Gymnastique et ceinture de sécurité:

Nous n'avons qu'une seule relation significative (sig .02) entre ces deux variables et,c'est au niveau du secondaire II que nous la trouvons, contrairement à notre hypothèse de l'influence de l'âge.

5. Gymnastique et tabac:

Nous nous attendions à une relation inverse entre ces deux variables. Les résultats ne montrent aucune relation significative, un peu comme pour la pratique des sports; nos fumeurs qui font de la gymnastique fument autant que ceux qui n'en font pas.

D. Pratique du brossage des dents

Voyons maintenant le reste des corrélations entre le brossage des dents et les autres comportements.

1. Brossage des dents et fil de soie dentaire:

Tel qu'anticipé, les corrélations entre ces deux variables sont fortement positives à tous les niveaux scolaires et la relation reste stable, c'est-à-dire sans changement avec l'âge. Ceci veut dire que, chez les garçons comme chez les filles, plus on se brosse souvent les dents, plus on emploie aussi souvent le fil de soie dentaire (les niveaux de signification sont tous de .001).

2. Brossage des dents et sommeil:

Tel que postulé, nous obtenons ici une corrélation positive (r .08, sig .02), mais seulement au secondaire I; par la suite, les corrélations sont inexistantes, sauf à l'autre extrémité, au secondaire V, où apparaît une relation significative (r -.08, sig .008) mais inverse, donc, tout le contraire de notre prédiction pour l'âge.

3. Brossage des dents et ceinture de sécurité:

Les deux seuls niveaux où nous obtenons des corrélations positives significatives, sont le secondaire I (sig .001) et le secondaire II (sig .006). A tous les autres niveaux supérieurs, les relations sont inexistantes. Encore une fois notre prédiction de l'influence de l'âge est inversée, c'est-à-dire que ce sont les plus jeunes et non les plus vieux qui manifestent ici une tendance vers une "culture de prévention".

4. Brossage des dents et tabac:

Que devient ici notre hypothèse d'une relation inverse entre ces deux comportements chez nos adolescents fumeurs? Elle n'est vérifiée qu'au seul niveau assez élevé du secondaire IV (r -.09, sig .04); tous les autres niveaux scolaires ne présentent aucune corrélation significative.

E. Utilisation du fil de soie

Vu que cette pratique a été introduite relativement récemment dans notre communauté, il est plausible de penser qu'elle n'a pas eu le temps nécessaire pour être intégrée de façon fonctionnelle aux autres éléments de la "culture de prévention" sauf, bien entendu,l'élément très voisin du brossage des dents (tel que nous l'avons vu à la section précédente). Cette affirmation a déjà été vérifiée un peu en ce qui concerne la nutrition (une seule relation significative sur cinq), mais nous constatons tout de même qu'avec le sport, elle obtient deux relations significatives sur cinq. On revient à une seule relation très modeste avec la gymnastique. Qu'en est-il du reste?

1. Fil de soie dentaire et sommeil:

Aucune corrélation significative n'est apparue ici.

2. Fil de soie et ceinture de sécurité:

Malheureusement, on a oublié de faire cette corrélation; nous nous en excusons.

3. Fil de soie et tabac:

Aucune corrélation significative n'a été obtenue ici.

F. Durée du sommeil

L'adolescence étant le moment d'une croissance physique importante, il est communément admis qu'une durée suffisante de sommeil est requise pour assurer cette croissance. Dans la grande majorité des cas, quand il y a déviation de la normale, c'est plutôt dans la direction de ne pas assez dormir plutôt que de trop dormir. C'est pourquo dans cette première analyse, nous considérons simplement que plus il y a de sommeil, plus c'est conforme à la prévention.

1. Sommeil et ceinture de sécurité:

Une seule corrélation significative a émergé ici et, c'est dans la direction prévue (sig .006), au niveau du secondaire IV; donc dans la direction de notre hypothèse de l'influence de l'âge.

2. Sommeil et tabac:

Nous avions prévu ici une relation inverse, c'est-à-dire que plus nos adolescents fumeurs fument, moins ils prennent du sommeil. Nous avons obtenu les résultats suivants:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	.04	n.s.
Secondaire II	.61	.001
Secondaire III	.41	.001
Secondaire IV	-.22	.001
Secondaire V	-.26	.001

Ce tableau est particulièrement complexe, avec un seul niveau (secondaire I) sans relation significative. On constate, à partir du secondaire II jusqu'au secondaire V, une progression constante, partant d'une relation positive chez nos adolescents fumeurs (aux secondaires II et III, plus on fume, plus on dort) et passant à une inversion complète de la relation aux secondaires IV et V (moins on fume, plus on dort), dans le sens de notre hypothèse de la "culture de prévention". Remarquons qu'ici, les niveaux de corrélation sont particulièrement plus élevés que dans les autres cas. Ce tableau mérite une analyse plus raffinée, car cette inversion inattendue est particulièrement intrigante.

C. Utilisation de la ceinture de sécurité

Malgré la loi qui rend obligatoire le port de la ceinture de sécurité, on a observé, au chapitre précédent, une variation très grande dans le respect de cette loi chez nos adolescents. Remarquons que jusqu'ici, nous avons obtenu des corrélations positives anticipées, surtout au niveau jeune (secondaires I et II).

1. Ceinture de sécurité et tabac:

De la corrélation inverse anticipée (plus nos fumeurs fument, moins ils utilisent la ceinture de sécurité), nous n'avons qu'un exemple significatif (sig .01) au secondaire II, encore dans un niveau jeune; tout le reste n'est pas significatif.

SECTION II

RELATIONS ENTRE ATTITUDES ET COMPORTEMENTS

Nous avons regroupé dans cette section, trois attitudes qui nous semblent importantes dans l'optique de la "culture de prévention". Il s'agit 1) de la perception de la possibilité d'améliorer soi-même sa santé (voir tableau 23), 2) de la perception que cela vaut la peine, pour le futur, de suivre des règles strictes d'hygiène personnelle (tableau 22) et, 3) de la perception de sa propre vulnérabilité aux grandes maladies du siècle (tableau 24). Nous aurions voulu traiter aussi du stéréotypage sexuel des activités de prévention mais, en l'absence de corrélations pour chacun des deux sexes, son analyse n'a pas d'intérêt. Nous en parlerons dans des publications futures avec aussi d'autres attitudes dont nous avons les données.

A. "Il est possible d'améliorer soi-même sa santé"

Rappelons tout d'abord que, dans la grande majorité des cas, nos adolescents sont d'accord avec cette possibilité; très peu d'entre eux sont fatalistes. Voyons maintenant les relations entre cette attitude et les divers comportements mentionnés plus haut.

1. "Améliorer sa santé" et nutrition:

Aucune corrélation significative avec les éléments protéiques du petit déjeuner ni d'ailleurs avec les autres éléments de la nutrition; une seule exception est une corrélation positive

au niveau du secondaire IV(r .05, sig .02)entre cette attitude et la vitamine C au petit déjeuner. Dans l'ensemble, on voit que la majorité de nos adolescents n'ont pas encore perçu une relation entre la nutrition et la capacité d'améliorer soi-même sa santé.

2. "Améliorer sa santé" et la pratique des sports:

Seulement deux niveaux scolaires, secondaire I (r .06, sig .05) et secondaire V (r .06, sig .05) présentent des corrélations significatives et cela, dans le sens attendu. Le fait qu'elles émergent aux deux extrémités de l'éventail scolaire, est contraire à notre hypothèse de l'influence de l'âge.

3. "Améliorer sa santé" et pratique de la gymnastique:

Ici, la moisson des corrélations positives significatives est plus abondante, tel qu'on peut le constater:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	.12	.004
Secondaire II	.08	. 04
Secondaire III	.10	.009
Secondaire IV	.10	.009
Secondaire V	.01	n.s.

Nous avons ici quatre corrélations significatives sur cinq dans le sens attendu, ce qui montre que nos adolescents voient la pratique de la gymnastique comme une possibilité d'améliorer leur santé. Cependant, la corrélation la plus élevée se présente au secondaire I, alors qu'on a une corrélation non significative au secondaire V, ce qui va dans le sens contraire de notre hypothèse de l'effet de l'âge.

4. "Améliorer sa santé" et utilisation de la brosse à dents:

Vu la longue période d'implantation de cette pratique dans notre milieu, nous avions espéré autant de corrélations positives que pour la gymnastique. Nous avons obtenu, hélàs, que deux corrélations significatives, l'une au secondaire I (r .05. sig .01)et l'autre, au secondaire IV (r .06, sig .04).

5. "Améliorer sa santé" et utilisation du fil de soie dentaire:

Vu la récente introduction de cette pratique dans notre milieu, nous n'avions espéré que peu de corrélations significatives; en fait, aucune n'a émergé, quoiqu'un résultat presque significatif (sig .06) apparaît au secondaire I.

6. "Améliorer sa santé" et temps de sommeil:

Une seule corrélation significative dans le sens espéré apparaît au secondaire IV (r .06, sig .04).

7. "Améliorer sa santé" et usage de la ceinture de sécurité:

Notre hypothèse de lien positif entre ces deux variables ne s'est confirmée à aucun des niveaux scolaires.

8. "Améliorer sa santé" et usage du tabac:

Nous avions prévu des relations négatives entre ces deux variables, vu la publicité énorme faite récemment contre l'usage du tabac. En fait, nous obtenons quatre corrélations négatives sur cinq, c'est-à-dire, dans le sens prévu, mais aucune n'atteint le niveau de signification statistique. Rappelons que nous n'avons ici que nos répondants fumeurs, ce qui veut dire que, moins nos fumeurs consomment de cigarettes par jour, plus ils ont une légère tendance à croire qu'ils peuvent améliorer leur santé par eux-mêmes. L'inclusion subséquente des non fumeurs dans une analyse de même genre, fera probablement apparaître des relations négatives plus significatives.

B. "L'hygiène vaut la peine même si ça cause des ennuis"

Comme on l'a déjà vu au chapitre précédent (tableau 22), la grande majorité de nos répondants sont d'accord avec cette proposition. Voyons maintenant si cette attitude positive envers l'hygiène stricte est reliée aux comportements quotidiens de nos répondants.

1. "L'hygiène vaut la peine" et nutrition:

Nous avons plus de succès ici qu'avec l'attitude précédente. En effet, nous obtenons deux relations significatives dans le sens espéré avec les éléments protéiques du petit déjeuner et, de plus, ces deux corrélations significatives se trouvent au secondaire IV (r .07, sig .02) et au secondaire V (r .06, sig .03), ce qui confirme notre hypothèse de l'effet de l'âge.

Dans la relation avec le nombre total de types d'aliments au petit déjeuner, nous obtenons aussi quatre relations positives significatives sur cinq, quoique sans progression régulière avec l'âge. Dans la relation avec la consommation de vitamine C, nous trouvons trois relations positives significatives sur cinq, quoique encore ici, sans progression régulière avec l'âge.

2. "L'hygiène vaut la peine" et pratique des sports:

Dans le sens de notre attente, nous obtenons deux corrélations significatives au secondaire II (r .07, sig .04) et au secondaire III (r .06, sig .05), quoique sans relation avec l'âge.

3. "L'hygiène vaut la peine" et pratique de la gymnastique:

Autre déception, nous n'obtenons ici qu'une seule corrélation significative (r .09, sig .02) au secondaire IV.

4. "L'hygiène vaut la peine" et utilisation de la brosse à dents:

Bien que cette pratique soit bien connue depuis longtemps dans notre milieu, nous n'obtenons que deux corrélations significatives sur cinq, au secondaire II (r .09, sig .01) et au secondaire V (r .14, sig .001).

5. "L'hygiène vaut la peine" et utilisation du fil de soie:

Vu que cette pratique est toute récente, nous espérions que peu de relations significatives ici. De fait, nous n'en obtenons qu'une seule (sig .01) au secondaire V.

6. "L'hygiène vaut la peine" et sommeil plus long:

Ici encore, nous n'obtenons qu'une corrélation significative (r .14, sig .001) et c'est au niveau du secondaire IV que nous la trouvons.

7. "L'hygiène vaut la peine" et usage de la ceinture de sécurité:

Pour cette variable, nous avons retenu seulement les répondants qui n'utilisaient jamais la ceinture de sécurité et ceux qui l'utilisaient toujours, et avons fait une analyse de variance simple. Les résultats indiquent, selon notre attente, que ceux qui répondent "toujours" ont chaque fois une cote plus élevée sur l'échelle de l'hygiène que les autres, et à partir du secondaire II jusqu'au secondaire V, ces différences sont significatives. Enfin, le niveau de signification augmente presque régulièrement avec l'âge, partant de .22 au secondaire I et s'élevant par la suite à .04, .02, .003 et enfin .005 au secondaire V. Donc, entre ces deux variables, nos deux hypothèses sont vérifiées de façon exemplaire.

8. "L'hygiène vaut la peine" et usage du tabac:

Bien que nous n'avons ici que les répondants fumeurs, nous avions quand même fait l'hypothèse d'une relation inverse significative. Voici le détail de nos résultats:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	-.22	.01
Secondaire II	-.20	.002
Secondaire III	-.12	.02
Secondaire IV	-.12	.02
Secondaire V	-.23	.001

Toutes les corrélations sont inverses et très significatives, tel qu'anticipé, mais il n'y a pas de mouvement notable avec l'âge.

Il est possible que cette attitude soit trop générale pour obtenir des résultats très élevés. Le lecteur a déjà remarqué aux tableaux statistiques 42, 43, 44 et 45, un autre type de questions qui étaient plus concrètes et qui possiblement, pourraient fournir des renseignements plus précis sur l'attitude à la prévention. Malheureusement, nous n'avons pas eu l'opportunité d'utiliser cette variable en relation avec les autres, mais nous le ferons dans des travaux subséquents.

C. Perception de la vulnérabilité personnelle

Inspirés par les chercheurs de l'équipe de Rosenstock (du "Health Belief Model"), nous avions anticipé une relation positive entre la perception de la vulnérabilité personnelle et les comportements de prévention; en d'autres termes, plus un adolescent se sentirait sujet à succomber aux maladies du siècle (hypertension, diabète, arthrite, cancer du poumon, obésité, alcoolisme, dépression nerveuse, etc.), plus il serait enclin à prendre ses précautions en observant une bonne hygiène. Nous avions anticipé que ces relations positives deviendraient de plus en plus significatives avec l'âge, à cause de la prise de conscience plus aiguë de la possibilité des maladies. Remarquons qu'une première analyse de cette perception de la vulnérabilité a été faite au chapitre précédent, à partir de l'analyse du tableau 24. Voyons le détail de nos résultats:

1. Perception de vulnérabilité et nutrition:

Avec les éléments protéiques du petit déjeuner, nous n'obtenons qu'une relation significative au secondaire I mais, grande surprise, elle est négative (r -.06, sig .05). Dans la relation avec le nombre total de types d'aliments consommés au petit déjeuner, nous avons deux relations significatives mais, également négatives, l'une au secondaire I (r -.06, sig .05) et l'autre au secondaire V (r -.08, sig .01). Enfin, dans la

relation avec la vitamine C, nous avons également deux relations significatives mais, ici encore, négatives, l'une au secondaire III (r -.07, sig .02) et l'autre au secondaire V (r -.06, sig .05). Donc, pas de progression avec l'âge.

Nous avons donc obtenu, dans le domaine de la nutrition, cinq relations significatives, mais toutes négatives, ce qui semble mettre de côté une erreur technique. Tout se passe comme si plus les répondants se perçoivent comme vulnérables, moins ils mangent de choses nourrissantes au petit déjeuner. Nous avons là un paradoxe assez spécial.

2. Perception de vulnérabilité et pratique des sports:

Ici nous avions anticipé que plus on se sent vulnérable, plus on prendra les moyens pour se renforcer en pratiquant des sports; donc nous avions prévu une série de corrélations positives. Voici le détail de nos résultats:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	-.07	.02
Secondaire II	-.07	.02
Secondaire III	-.07	.02
Secondaire IV	-.05	.08
Secondaire V	-.07	.02

Nous avons ici, quatre relations significatives sur cinq, avec aucune progression avec l'âge, mais nous rencontrons encore le même paradoxe qu'à la section précédente, toutes des corrélations négatives, comme si plus nos répondants se perçoivent vulnérables, moins ils sont enclins à pratiquer des sports. Peut-être le sport est-il perçu trop dur ou même trop dangereux par ceux qui se perçoivent comme très vulnérables à la maladie.

3. Perception de vulnérabilité et pratique de la gymnastique:

Admettons pour le moment, que le sport peut être vu comme dangereux; il n'en reste pas moins que la gymnastique, au contraire, semble avoir pour fonction de renforcer progressivement, et sans danger, ceux qui se sentent faibles. Donc, on devrait obtenir ici, des corrélations positives entre la perception de vulnérabilité et la pratique de la gymnastique. Autre surprise, nous avons encore ici toutes des corrélations négatives (sans progression avec l'âge), quoique seulement une seule corrélation est significative, au secondaire II (r -.16, sig .001). Donc, plus on se perçoit comme vulnérable, moins on fait de la gymnastique.

4. Perception de vulnérabilité et utilisation de la brosse à dents:

Nous n'avons obtenu ici aucune relation significative, ni dans le sens positif, ni dans le sens négatif.

5. Perception de vulnérabilité et utilisation du fil de soie:

Nous avions ici la même hypothèse qu'à la section précédente. Nous avons trouvé deux corrélations significatives sur cinq, dont une positive au secondaire IV (sig .03), et une négative, au secondaire III (sig .05).

6. Perception de vulnérabilité et durée du sommeil:

Contrairement à notre attente, nous avons trouvé ici des corrélations toutes négatives, dont deux significatives, au secondaire III (r -.07, sig .02), et au secondaire IV (r -.09, sig .009). Tout se passe comme si plus on se perçoit vulnérable, moins on dort.

7. Perception de vulnérabilité et usage de la ceinture de sécurité:

Au moins ici, il est très plausible de s'attendre à des relations positives élevées. De fait, on obtient seulement deux relations positives, mais aucune d'entre-elles n'est significative; de plus, nous avons trois relations négatives, dont une est significative (sig .04) au secondaire II. Le paradoxe continue au secondaire II; plus on se sent vulnérable, moins on utilise la ceinture de sécurité.

8. Perception de vulnérabilité et usage du tabac:

Vu la relation bien établie entre tabac et cancer, on s'attendrait, chez nos répondants fumeurs, à une utilisation d'autant plus minime du tabac qu'ils se perçoivent vulnérables aux maladies; donc, on s'attendrait à cinq corrélations négatives. Voici le détail de nos résultats:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	-.12	.09
Secondaire II	.08	.10
Secondaire III	.05	.16
Secondaire IV	.08	.06
Secondaire V	.13	.007

Notons tout d'abord que, par exemple au niveau du secondaire I, une corrélation qui semble assez élevée comme -.12, n'atteint pas le niveau de signification statistique, parce que nous n'avons ici que les répondants fumeurs qui, surtout aux secondaires I et II, constituent un petit nombre de personnes.

Notre prédiction de relation négative est vérifiée seulement au secondaire I, où cependant la corrélation n'atteint pas un niveau de signification statistique. Toutes les autres relations sont positives, avec une seule, au secondaire V, qui atteint le niveau de signification statistique. Au secondaire IV, on est tout près de l'atteindre. Donc, pour nos répondants fumeurs des secondaires IV et V, plus ils se sentent vulnérables, plus ils fument.

L'ensemble de ces résultats, dont la plupart sont paradoxaux, nous oblige à réfléchir sur la signification profonde de cette échelle de vulnérabilité personnelle, et nous porte à mettre en question l'interprétation de plusieurs auteurs, selon laquelle cette échelle donnerait une idée de la perception rationnelle du risque d'être malade. Peut-être s'agirait-il plutôt de l'expression d'une grande insécurité émotionnelle; ainsi on comprendrait mieux que, plus on se sent vulnérable, plus on a tendance à fumer, on a tendance à dormir moins longtemps, on a tendance à faire moins de sports, moins de gymnastique. Une autre hypothèse serait celle d'une relation curvilinéaire entre cette échelle de perception de la vulnérabilité et les divers comportements énumérés plus haut; seulement une analyse plus raffinée et plus complète pourra nous permettre de tester cette dernière hypothèse.

SECTION III

RELATIONS ENTRE LES ATTITUDES

Nous terminerons ce chapitre par une courte analyse des relations entre chacune des trois attitudes analysées plus haut.

1. "Améliorer sa santé" et "l'hygiène vaut la peine":

Nous prévoyions ici une forte corrélation positive entre ces deux attitudes, avec augmentation de l'intensité de cette relation avec l'âge. Voici les résultats:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	.13	.001
Secondaire II	.16	.001
Secondaire III	.08	.01
Secondaire IV	.17	.001
Secondaire V	.15	.001

Notre première hypothèse est vérifiée quoique l'intensité des corrélations n'est pas aussi élevée que nous l'avions pensé; enfin, notre dernière hypothèse sur la relation avec l'âge, n'est pas confirmée.

2. "Améliorer sa santé" et "perception de vulnérabilité:

Ces deux attitudes semblent si différentes que nous ne prévoyons aucune relation entre elles. De fait, aucune corrélation significative, ni positive, ni négative, n'est apparue ici.

3. "L'hygiène vaut la peine" et perception de vulnérabilité:

Suivant notre première impression, nous avions prévu une forte corrélation positive entre ces deux variables, c'est-à-dire que plus on se sent vulnérable, plus on aurait l'opinion qu'il vaut la peine de suivre les règles strictes d'hygiène, avec le but de se protéger contre les dangers de l'avenir. Voici les résultats:

niveau	"r"	"sig"
Secondaire I	-.04	.148
Secondaire II	-.09	.02
Secondaire III	-.10	.005
Secondaire IV	-.11	.002
Secondaire V	-.13	.001

Quatre corrélations sur cinq sont significatives, augmentant graduellement d'intensité avec l'âge, nous donnant une courbe magnifique mais, toutes sont dans la direction opposée à notre prédiction, c'est-à-dire que nos répondants pensent qu'il vaut d'autant moins la peine d'observer une bonne hygiène, qu'ils se sentent plus vulnérables. Cela rejoint les résultats paradoxaux observés à la section précédente et qui confirment notre impression que cette échelle de vulnérabilité est l'équivalent, en quelque sorte, d'une échelle d'anxiété; on pourrait même avancer l'idée que cette échelle de vulnérabilité pourrait être aussi ou plutôt,considérée comme un indice de dépression; plus on se sent vulnérable, plus on se sent déprimé et moins on a l'opinion qu'il vaut la peine de suivre une hygiène stricte: à quoi bon!

CONCLUSION

Après cette revue détaillée des corrélations, il est bien évident que nos hypothèses n'ont pas été confirmées. Nous ferons cependant un calcul plus précis pour vérifier dans quelle proportion elles n'ont pas été confirmées; nous ferons une exception pour la

variable de la perception de la vulnérabilité qui pose, comme nous l'avons vu, des problèmes particuliers.

Notre hypothèse IV spécifiait qu'il existerait une proportion importante, au moins 50%, de corrélations significatives entre les variables de comportements entre elles, les variables des attitudes entre elles et les comportements et les attitudes. Nous calculerons la fréquence de ces corrélations significatives, tout en écartant les éléments d'une même entité. Le calcul de la proportion des corrélations significatives sur le total n'aboutit qu'à 34%, ce qui est beaucoup plus bas que la proportion de 50% que nous avions posée dans notre hypothèse. Notre hypothèse IV n' est donc pas confirmée.

On pourrait quand même penser que cette proportion de 34% de corrélations significatives est une proportion suffisante pour indiquer, si nous nous mettons dans une perspective optimiste, un embryon de "culture de prévention". Nous nous proposons, dans quelque temps, de faire une analyse factorielle de l'ensemble des activités et des attitudes de prévention, afin de voir s'il se ferait des regroupements particuliers à l'intérieur de toutes ces activités et attitudes et qui pourraient indiquer alors certains secteurs plus intégrés que d'autres; cela pourrait donner des indications plus précises pour une expérimentation dans les écoles secondaires.

Notre hypothèse V spécifiait qu'il y aurait l'émergence d'une "culture de prévention" avec l'âge, qui serait indiquée par une plus grande fréquence de corrélations significatives à mesure qu'on s'élèverait vers le secondaire V. Le calcul que nous avons fait de l'ensemble des corrélations montre 1) que dans 59% des cas, il n'y a aucune progression avec l'âge, ni dans un sens, ni dans l'autre; 2) que dans 23% des cas, la progression est inverse à celle que nous avions prédite, c'est-à-dire qu'il y a plus de corrélations significatives aux secondaires I et II que dans les niveaux supérieurs; 3)enfin, que seulement dans 18% des cas, notre hypothèse V est confirmée en ce sens qu'il y a une progression régulière avec l'âge. Donc, en conclusion, notre impression de l'émergence graduelle d'une "culture de prévention" n'est pas confirmée par les faits. Il est vrai que nous n'avons pas encore analysé les données du collège I et II et qu'il pourrait se faire que nous retrouvions à ce niveau, une plus grande intégration des comportements et des attitudes.

De cette revue détaillée des corrélations entre comportements et attitudes, ainsi que des analyses isolées faites au chapitre III, nous gardons deux impressions. La première est qu'il reste beaucoup de travail à faire auprès des jeunes du niveau secondaire pour leur faire prendre conscience des divers champs de prévention et de leurs interrelations. La deuxième

impression est qu'il semble important de commencer tôt, dès le début du secondaire, sinon dès la fin du cours primaire, vu qu'il n'y a pas de progression automatique avec l'âge.

SUMMARY

This chapter examines whether the varied health behaviors and attitudes described in chapter III are isolated or, on the contrary, are related to each other. Two guiding hypotheses were conceptualized at the end of chapter III.

The detail of all those relationships can be found in the beginning of this chapter: it would be too long to summarize it. What follows is the testing of our two guiding hypotheses.

Hypothesis IV was stated as follows: "(Good) health behaviors and preventive attitudes are not isolated but are correlated between each other, at least in half of the cases".

This hypothesis is not supported by our data: significant correlations are found in only 34% of the cases (this does not includes the significant correlations within elements of a same unit, for example, within the varied components of breakfast).

This "integration" of a third of behaviors and attitudes, however, could be seen as an "embryo" of a "preventive culture". A factorial analysis that we intend to do later on could indicate whether some aspects of health behaviors and attitudes are more interelated than others.

Hypothesis V was stated as follows : "The number and intensity of significant correlations between (good) health behaviors and preventive attitudes are likely to increase from Secondary I to Secondary V".

This hypothesis, again, is not supported by our data. In 59% of the significant correlations, there is no progression at all with age (inferred from the school levels) and in 23% of the cases, there is an inverse progression, i.e. the number of correlations decreases with age. It is only in the small percentage of 18% that we find an increase of correlations with age.

It seems clear that in most cases, a "preventive culture" is not strengthened by maturation.

It is still possible that the future analysis of our data from College I and II will provide a slightly more optimistic picture than this one.

From this review of correlations and from the analysis of chapter III, we retain two impressions. First, there is still much work to be done among adolescents of high schools to make them conscious of the varied fields of prevention and of their interrelations. Second, it seems important to start teaching prevention right at the beginning of high school, if not at the end of primary grade school, since there is no spontaneous improvement of preventive behavior with age.

Page 94 manquante

CHAPITRE V

ANALYSES A VENIR

Les vastes données que nous avons recueillies, en particulier dans les "variantes" qu'ont remplies les dix sous-échantillons de nos répondants, nous permettront de vérifier d'autres hypothèses. Nous les décrirons ici rapidement, vu que l'espace nous manque pour les expliciter et les justifier; cela sera fait dans des publications ultérieures où on en profitera pour inclure les répondants des niveaux collégiaux (Cégep I et II) dont les données seront alors codées.

1- Les répondants ayant des valeurs personnelles d'autonomie (i.e. préférence pour les qualités "curieux", "avoir confiance en soi" et "imaginatif") seraient plus aptes à favoriser les activités préventives (comportements et attitudes) que ceux qui ont des valeurs de conformité (i.e. préférence pour les qualités "poli" et "ayant une apparence propre").

2- Les répondants ayant un niveau élevé d'estime de soi seraient plus aptes à être positifs vis-à-vis les activités préventives.

3- Les répondants ayant un niveau élevé de foyer interne de contrôle (se percevant comme les premiers responsables de leur vie) seraient plus enclins à la prévention que ceux qui croient que ce sont surtout les autres qui déterminent l'évolution de leur vie ou bien que c'est le hasard.

4- En contrôlant pour la classe sociale, un plus haut niveau d'aspirations académiques conduirait à plus de prévention.

5- Beaucoup de temps consacré à regarder la télévision pourrait être considéré comme un signe de passivité et conduirait à moins d'activités de prévention.

6- La perception que l'adolescence est la plus difficile période de vie inclinerait à moins d'initiatives de prévention.

7- Un adolescent qui a une attitude positive envers les adultes serait plus enclin à la prévention.

8- Les adolescents dont les parents sont très souvent absents de la maison et dont les familles ont peu ou pas d'activités en commun seraient peu enclins à la prévention.

9- Les adolescents qui ont tendance à se stéréotyper eux-mêmes (échelle de Sandra Bem) comme très masculins ou très féminins seraient peu enclins à la prévention à cause de la rigidité de leur défini-

tion d'eux-mêmes, alors que ceux qui se définissent de façon moins extrême ("androgynie psychologique") seraient plus enclins à la prévention.

10- En comparant l'échelle de vulnérabilité personnelle à celle de la vulnérabilité du meilleur ami, on pourra calculer l'intensité de la négation devant la menace de la maladie. Il est prédit que plus cette négation est intense, plus les activités préventives seront rares.

11- Les adolescents, ou bien peu portés ou bien très portés au rêve éveillé et à une vie imaginative seront peu portés à la prévention alors que ceux qui sont au milieu seront plus enclins à la prévention (relation curvilinéaire).

12- Les adolescents qui pensent que la santé de leurs futurs enfants dépendra en partie de leur propre santé seront plus enclins à la prévention.

13- Autre relation curvilinéaire prédite entre l'échelle d'instabilité psychophysiologique de Langner et la prévention (comme à l'hypothèse No. 11).

14- La perception par l'adolescent que ses suggestions sont assez souvent acceptées par ses parents, ses professeurs et ses amis portera à une attitude positive envers les activités de prévention.

15- Beaucoup de participation d'un adolescent dans des activités parascolaires (i.e. peu d'isolement social) portera à plus d'activités de prévention.

16- Les adolescents qui rapportent plusieurs comportements automutilatoires ou une tendance à avoir souvent des accidents, seront peu enclins à la prévention.

17- Les adolescents qui ont une perception positive de leur vie quand ils auront cinquante ans auront tendance à pratiquer plus la prévention.

18- L'échelle de vulnérabilité à court terme ("dans l'année qui vient") de David Gochman sera en corrélation positive avec l'échelle de vulnérabilité à long terme que nous avons décrite au chapitre III.

19- Plus la puberté est précoce, plus l'adolescent se sentira valorisé et plus il sera enclin aux activités préventives.

En plus de ces hypothèses, et de quelques autres qui surgiront sans doute en cours de route, nos données nous permettront de saisir l'évolution de la consommation de l'alcool chez l'adolescent, de voir comment il perçoit ses besoins en matière de soins médicaux

et d'information sur la santé et la prévention, comment il perçoit les adultes qui s'occupent de sa santé, en particulier les infirmières scolaires, etc. Toutes ces informations seront utiles pour nous permettre de reconstituer dans sa totalité la sous-culture de l'adolescence en matière de santé, maladie et prévention.

SUMMARY

Here are other hypotheses, briefly described that we will be able to test with our data:

1- Personal values of self-direction (preference for qualities such as "curious", "self-confident" and "imaginative") would be more likely to favor prevention than values of conformity (preference for qualities such as "polite" and "having a clean appearance").

2- Respondents with a high level of self-esteem would be more likely to be positive towards preventive activities.

3- Respondents with a high level of internal locus of control would be more likely to favor prevention than respondents who rather believe that powerful others or luck control their lives.

4- Controlling for social class, a high level of academic aspirations would be more likely to favor prevention.

5- A rather large amount of time given to viewing television could be considered as an index of passivity and would lead to fewer preventive activities.

6- The perception that adolescence is the most difficult period of life would correlate with fewer preventive initiatives.

7- A respondent who has a positive attitude towards adults would be more inclined towards prevention.

8- Respondents whose parents are often absent from home and whose families have few or no group activities would be less likely to favor prevention.

9- Respondents who tend to stereotype themselves (Sandra Bem's inventory) as very masculine or very feminine would be less likely to favor prevention, because of their rigid definition of themselves whereas those who define themselves as equally masculine and

feminine ("psychological androgyny") would be more likely to favor prevention activities.

10- When comparing the scale of personal vulnerability to the one of the best friend's vulnerability, one would be able to assess the intensity of the negation mechanism facing the threat of illness. We predict that the higher this negation, the fewer the preventive activities.

11- Respondents who are either too little or to much involved in day dreaming and imaginative activities would be less likely to favor prevention in comparison to the ones who are in the middle (curvilinear relationship).

12- Respondents who believe that their own descendents'health will depend in part on their own health would be more likely to favor prevention.

13- There would be another curvilinear relationship (as hypothesis No. 11) between Langner's scale of psychophysiological instability and the frequency of preventive activities.

14- A respondent's perception that his own suggestions are frequently enough accepted by his parents, his teachers and his friends would incline him to preventive activities.

15- A rather high level of participation in para-academic activities (i.e. the opposite of isolation) would favor prevention.

16- Respondents who report many self-injury behaviors or being accident-prove would be less likely to favor prevention.

17- Respondents with a positive perception of what their life at age 50 will be, would be more likely to favor prevention.

18- David Gochman's scale of short term perceived vulnerability ("in the following year") would correlated positively with our own scale of long term vulnerability ("up to the age of 60").

19- The earlier the age at puberty the more valued the adolescent feels and the more he would be inclined to favor prevention.

Besides those hypotheses and some others that will emerge with time, our data will permit to assess the pattern of alcohol consumption among adolescents, to see how they perceive their own needs concerning medical care and information in matters of prevention, how they perceive the adults who are responsible for their health, in particular school nurses, etc. All those data will allow us to reconstitute the adolescents' whole sub-culture concerning health, illness and prevention.

A N N E X E

INTRODUCTION AUX TABLEAUX STATISTIQUES

Cette section contient les informations précises sur lesquelles se basent les analyses du chapitre III. Deux sortes bien distinctes de tableaux sont ici présents: la première sorte, du tableau 1 au tableau 31 inclusivement, contient des moyennes, alors que la deuxième sorte de tableaux, du No. 32 au No. 45, contient des pourcentages.

La lecture des tableaux de la première sorte se fait de la manière suivante (S.V.P. consulter le tableau No. 1). La colonne à l'extrême gauche contient les cinq niveaux scolaires, du secondaire I au secondaire V. Suit ensuite une analyse en relation au sexe des répondants. Dans la section des garçons, par exemple, on a à gauche le nombre moyen d'éléments (au tableau 1, le nombre moyen d'aliments consommés au petit déjeuner). Immédiatement à droite, entre parenthèses, est le nombre de répondants pour chaque niveau scolaire. La même chose est répétée pour les filles. Finalement, à droite de cette dernière section, on trouve le niveau de signification statistique obtenu par l'analyse de variance entre garçons et filles, pour chacun des niveaux scolaires. Par exemple, dans le tableau 1, toutes les comparaisons sont significatives à un niveau très élevé. Quand cependant le niveau de signification n'atteint pas .05, on indique "n.s." pour "non significatif". On peut, par exemple, trouver cette indication au tableau 2, au niveau du secondaire III. Enfin un dernier calcul de signification statistique est inscrit au bas du tableau, "5 niveaux", et qui indique soit pour les garçons, soit pour les filles, s'il existe une différence significative entre les niveaux scolaires. Ainsi par exemple au tableau 1, il n'y a pas de différence significative ni pour les garçons ni pour les filles, ce qui indique que l'âge (inféré des niveaux scolaires) n'a pas d'influence sur la consommation du petit déjeuner. Par contre au tableau 6, on constate un niveau de signification de .01 chez les garçons, avec un mouvement d'augmentation de consommation avec l'âge, alors que la consommation demeure la même chez les filles. On constate l'inverse au tableau 12 (comportement stable chez les garçons, augmentation significative des brossages de dents chez les filles avec l'âge). Parfois on a des différences qui sont toutes deux significatives, mais avec une intensité différente, tel qu'au tableau 20 où les deux sexes augmentent leur pratique des sports avec l'âge mais les garçons l'augmente plus que les filles (.01 comparé à .05).

Toujours pour la première sorte de tableaux, on a à droite de l'analyse selon le sexe, un tableau parallèle pour l'analyse selon la classe sociale. Tous les répondants des deux sexes ont été classés en trois classes sociales, selon l'occupation de leur père. La classe 1, "aisée", comprend les enfants de professionnels et gérants de

grandes et moyennes entreprises. La classe 2, "moyenne", comprend les enfants des cols blancs de toutes sortes et de petits propriétaires. La classe 3, "ouvrière", comprend les enfants de tous les travailleurs manuels, qu'ils soient contremaîtres, spécialisés, semi-spécialisés ou non-spécialisés.

La lecture de ces tableaux sur la classe sociale se fait de la même façon que ceux sur le sexe sauf la section à l'extrême droite où on trouve les résultats de l'analyse de variance pour chacune des comparaisons entre les trois classes sociales. De plus, on est limité ici à un seul niveau de signification, celui de .05; quand la comparaison atteint ce niveau, on a un astérisque alors que quand elle ne l'atteint pas, on a un tiret. Nous avons utilisé la procédure Student-Newman-Keuls pour arriver à ces résultats.

Le lecteur constatera que le total des répondants de chaque niveau scolaire dans la section de la classe sociale est d'habitude moins élevé que le total de la section sur le sexe. Cela s'explique par le fait que dans beaucoup de cas, le répondant n'a pas été capable de donner une description assez claire de l'occupation de son père pour que le codeur puisse la catégoriser parmi les trois classes sociales; en cas de doute ou d'ambiguité, nous avons donné la consigne de marquer ces descriptions "incodables". Tout cela explique pourquoi le total des répondants à la classe sociale se rapproche graduellement du total à la section du sexe à mesure qu'on s'élève du secondaire I au secondaire V, les répondants plus vieux connaissant mieux le travail de leur père et pouvant aussi mieux le décrire.

Enfin pour les tableaux de la deuxième sorte (du No. 32 au No. 45) qui contiennent des pourcentages de répondants plutôt que des moyennes, la lecture se fait de la même façon que pour la première sorte sauf que dans les parenthèses qui suivent le pourcentage, on a le nombre de répondants qui ont répondu de la façon indiquée au titre du tableau sur le total des répondants de la section. Finalement le niveau de signification indiqué à droite a été obtenu par le calcul du chi carré, qu'il s'agisse de la comparaison entre garçons et filles ou de la comparaison entre les diverses classes sociales.

INTRODUCTION TO THE TABLES

This section contains the precise informations on which the analyses of chapter III are based. Two different kind of tables are available: the first kind, from table 1 to table 31 inclusive, contain means, whereas the second kind of tables, from No. 32 to No. 45, contain percentages.

In tables of the first kind, you will find to the left a column where each of the five academic levels of high school (from secondary I to secondary V) are identified. Then follows to the right a section for the analysis of sexe differences ("garçons" for boys and "filles" for girls),where is first found a mean followed, in brackets, by the number of respondents. Finally to the right is a column containing the level of significance ("sign") reached in each level by the analysis of variance. Whenever the level of .05 is not reached "n.s." is written (for "non significant"). Finally a last statistical result is mentioned at the bottom of the table, one for each sex; this is to indicate whether there is a significant difference between the five academic levels or not. When there is, one can conclude that age (inferred from the academic level) has an influence on the particular behavior or attitude discussed; the direction of that influence can be easily ascertained by the comparison of the means from secondary I to secondary V.

To continue with the first kind of tables, you will find to the right of the section on sex differences, a section on social class differences. All respondents (boys and girls) are classified into three broad social classes according to their father's occupation . Class 1,"upper" comprises children of professionals (engineers, lawyers, doctors, etc.) and of managers of big and medium firms. Class 2, "middle", comprises children of white collar employees and of small owners. Class 3, "working", comprises children of all blue collar workers, from foremen to laborers.

In order to read this section, one follows the same rules as in the previous one, except for the column at the extreme right where results of the analysis of variance are indicated for <u>each</u> comparison between the three social classes. Besides, we are here restricted to only one level of significance, that is .05; whenever this level is reached, you will find an asterisk, and whenever this level is not reached, you will fine a line. The Student-Newman-Keuls procedure has been used here.

The reader will discover that the total of the respondents of each academic level in the sections of social class is usually lower than the same level total in the section on sex differences. This is due to the fact that in many cases, respondents were unable to give a clear explanation of their father's occupation; so our coders did not have information to classify the respondent in a social class and were obliged to code it under the label of "uncodable". All this explains why the totals of social class gradually become closer to the totals of sex as we pass from the respondents of secondary I to the ones of secondary V, as older respondents know their father's occupation better and are more able to describe it clearly.

Finally, concerning the tables of the second kind (from No. 32 to No. 45) with percentages of respondents rather than means, the reading of those tables is done in the same way except that one

finds in the brackets following each percentage two numbers instead of one, that is, first the number of respondents who have answered the question indicated in the title of the table and, second, the total of respondents in that level. Finally the significance level, written at the right of each section, was obtained by the chi square calculation fo: both sex differences and social class differences.

- Please see tables on next page.
- S'il vous plaît, consultez les tableaux statistiques à la page suivante.

Tableau 1 - Nombre moyen d'aliments au petit déjeuner.

Niveau scolaire	SEXE garçons M. n	SEXE filles M. n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 M. n	CLASSE SOCIALE 2 M. n	CLASSE SOCIALE 3 M. n	sign. 1&2	sign. 1&3	sign. 2&3
Sec. I	3.35(371)	2.71(318)	.001	3.77(83)	2.93(195)	3.01(303)	*	*	-
Sec. II	3.44(314)	2.74(315)	.001	3.30(57)	3.10(193)	3.09(288)	-	-	-
Sec. III	3.35(443)	2.67(328)	.001	3.71(124)	3.00(226)	2.95(337)	*	*	-
Sec. IV	3.31(333)	2.92(394)	.002	3.23(123)	3.29(244)	2.92(310)	-	-	*
Sec. V	3.15(327)	2.83(464)	.007	2.94(142)	2.91(283)	3.03(304)	-	-	-

5 niveaux: Garçons n.s. - Filles n.s.

Tableau 2 - Nombre moyen d'aliments protéiques au petit déjeuner.

Niveau scolaire	SEXE garçons	SEXE filles	sign.	CLASSE SOCIALE 1	CLASSE SOCIALE 2	CLASSE SOCIALE 3	sign. 1&2	sign. 1&3	sign. 2&3
Sec. I	0.92(372)	0.72(318)	.002	1.08(83)	0.78(195)	0.81(303)	*	*	-
Sec. II	1.03(314)	0.69(315)	.001	0.95(57)	0.83(193)	0.83(288)	-	-	-
Sec. III	0.83(443)	0.72(328)	n.s.	1.00(124)	0.70(226)	0.77(337)	*	*	-
Sec. IV	0.94(333)	0.73(394)	.001	0.86(123)	0.84(244)	0.81(310)	-	-	-
Sec. V	0.87(327)	0.66(465	.001	0.70(142)	0.67(283)	0.84(305)	-	-	*

5 niveaux:Garçons n.s.-Filles n.s.

Tableau 3 - Nombre moyen d'aliments de Vitamine C au petit déjeuner.

Niveau scolaire	SEXE garçons	SEXE filles	sign.	CLASSE SOCIALE 1	CLASSE SOCIALE 2	CLASSE SOCIALE 3	sign. 1&2	sign. 1&3	sign. 2&3
Sec. I	0.44(371)	0.50(320)	n.s.	0.61(83)	0.52(196)	0.42(303)	-	*	-
Sec. II	0.46(314)	0.45(317)	n.s.	0.58(157)	0.49(193)	0.45(289)	-	-	-
Sec. III	0.51(444)	0.34(328)	.001	0.61(124)	0.47(226)	0.39(337)	*	*	-
Sec. IV	0.42(334)	0.51(394)	.033	0.61(123)	0.54(244)	0.37(311)	-	*	*
Sec. V	0.45(328)	0.55(465)	.018	0.58(142)	0.56(284)	0.42(305)	-	*	*

5 niveaux:Garçons n.s.-Filles n.s.

Tableau 4 - Nombre moyen d'aliments de sucre (marmelade, etc.) au petit déjeuner.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	0.27(372)	0.16(320)	.001	0.36(83)	0.17(196)	0.21(303)	*	*	-
Sec. II	0.22(315)	0.18(316)	n.s.	0.26(57)	0.22(193)	0.19(288)	-	-	-
Sec. III	0.25(446)	0.19(331)	.053	0.29(125)	0.29(227)	0.20(339)	-	-	-
Sec. IV	0.30(334)	0.24(394)	n.s.	0.29(123)	0.30(244)	0.24(311)	-	-	-
Sec. V	0.21(330)	0.19(469)	n.s.	0.17(143)	0.20(286)	0.22(308)	-	-	-

5 niveaux:Garçons n.s.-Filles n.s.

Tableau 5 - Nombre moyen de glucides (céréales, pain, etc.) au petit déjeuner.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	1.20(372)	0.99(320)	.001	1.36(83)	1.04(196)	1.07(303)	*	*	-
Sec. II	1.16(314)	0.96(316)	.001	1.14(57)	1.10(193)	1.06(288)	-	-	-
Sec. III	1.20(444)	0.95(328)	.001	1.31(124)	1.06(226)	1.08(338)	*	*	-
Sec. IV	1.12(333)	0.96(394)	.001	1.03(123)	1.11(244)	0.98(310)	-	-	*
Sec. V	1.10(327)	0.93(466)	.001	0.98(142)	0.99(283)	1.02(306)	-	-	-

5 niveaux:Garçons n.s.-Filles n.s.

Tableau 6 - Nombre moyen d'aliments peu ou pas nutritifs consommés hier.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign	
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3
Sec. I	2.21(397)	2.49(332)	n.s.	2.01(84)	2.75(203)	2.39(321)	-	-
Sec. II	3.01(322)	2.63(321)	n.s.	2.28(57)	2.53(197)	3.23(290)	-	-
Sec. III	2.55(453)	2.61(335)	n.s.	1.94(126)	2.36(229)	2.95(344)	-	*
Sec. IV	3.12(337)	2.44(398)	.006	2.39(123)	2.40(247)	3.16(315)	-	-
Sec. V	3.12(339)	2.27(476)	.001	2.19(144)	2.48(289)	2.85(316)	-	*

5 niveaux:Garçons .01 - Filles n.s.

Tableau 7 - Nombre moyen de cigarettes fumées hier par fumeurs réguliers (nombre
parenthèses).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sig	
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3
Sec. I	2.45(49)	3.26(87)	n.s.	3.64(14)	1.07(30)	3.47(72)	-	-
Sec. II	6.76(76)	4.08(137)	n.s.	3.59(17)	3.94(55)	4.42(101)	-	-
Sec. III	8.36(120)	6.93(168)	n.s.	5.00(36)	6.43(84)	9.04(128)	-	*
Sec. IV	8.19(131)	5.96(199)	.002	5.60(63)	6.99(102)	7.43(140)	-	-
Sec. V	9.25(162)	7.18(238)	.012	7.08(73)	6.96(135)	9.24(162)	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 8 - Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement "d'habitude".

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sig	
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3
Sec. I	3.75(52)	4.55(86)	n.s.	3.50(14)	2.48(31)	5.06(71)	-	-
Sec. II	6.96(77)	6.84(140)	n.s.	6.88(16)	6.56(57)	6.18(105)	-	-
Sec. III	9.37(121)	8.53(165)	n.s.	6.39(36)	8.17(84)	9.88(124)	-	-
Sec. IV	9.69(128)	7.08(194)	.001	6.64(59)	7.94(102)	8.86(137)	-	-
Sec. V	10.72(159)	8.54(241)	.025	8.09(74)	8.10(133)	11.12(162)	-	-

5 Niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 9 - Age moyen du début de l'habitude de fumer.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	10.44(54)	11.85(85)	n.s.	10.69(16)	10.90(30)	11.86(72)	-	-	-
Sec. II	11.30(77)	12.13(149)	n.s.	11.22(18)	11.76(59)	12.38(107)	-	-	-
Sec. III	12.20(123)	11.66(163)	n.s.	12.14(36)	11.46(84)	12.19(124)	-	-	-
Sec. IV	12.40(130)	12.17(199)	n.s.	12.42(64)	12.75(103)	11.82(137)	-	*	*
Sec. V	13.22(151)	13.57(238)	n.s.	13.06(68)	13.38(133)	13.60(158)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 10 - Age moyen auquel les parents permettent de fumer.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	11.50(26)	13.89(37)	n.s.	10.00(11)	12.28(7)	14.71(31)	-	-	-
Sec. II	12.95(60)	13.73(90)	n.s.	12.86(7)	13.27(33)	13.91(75)	-	-	-
Sec. III	13.80(83)	13.33(120)	n.s.	13.24(17)	13.03(59)	13.93(98)	-	-	-
Sec. IV	13.66(116)	14.06(140)	.03	13.97(39)	14.12(81)	13.68(113)	-	-	-
Sec. V	14.36(144)	14.76(183)	n.s.	14.44(55)	14.37(105)	14.77(141)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles n.s.

Tableau 11 - Proportion des amis qui fument régulièrement (1:100%, 4:50%, 7:0%).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	5.96(258)	5.05(205)	.001	5.84(69)	5.68(133)	5.40(198)	-	-	-
Sec. II	5.16(247)	4.43(278)	.001	5.30(50)	4.95(163)	4.72(237)	-	-	-
Sec. III	4.84(404)	3.84(300)	.001	4.72(111)	4.44(200)	4.38(317)	-	-	-
Sec. IV	4.23(312)	3.75(368)	.001	4.15(117)	4.09(229)	3.81(286)	-	-	-
Sec. V	3.72(308)	3.68(456)	n.s.	3.60(139)	3.84(271)	3.58(295)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 12 - Nombre moyen de brossages de dents quotidiens.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	1.76(364)	2.16(315)	.001	2.01(82)	1.90(193)	1.94(299)	-	-	-
Sec. II	1.69(313)	2.36(309)	.001	1.86(57)	2.03(191)	2.03(281)	-	-	-
Sec. III	1.68(447)	2.44(333)	.001	1.90(125)	2.10(229)	1.97(338)	-	-	-
Sec. IV	1.78(331)	2.41(396)	.001	2.24(123)	2.16(245)	2.02(310)	-	-	-
Sec. V	1.74(332)	2.43(473)	.001	2.24(144)	2.25(284)	2.02(312)	-	*	*

5 niveaux:Garçons n.s.-Filles .01

Tableau 13 - Nombre moyen de minutes de sommeil, "d'habitude".

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	567.55(355)	596.64(316)	n.s.	567.07(81)	565.29(190)	577.13(298)	-	-	-
Sec. II	571.49(310)	573.73(309)	n.s.	556.30(57)	554.53(190)	584.70(278)	-	-	-
Sec. III	579.78(449)	529.65(330)	.042	565.30(125)	535.17(228)	574.80(339)	-	-	-
Sec. IV	509.05(331)	518.64(396)	n.s.	508.52(122)	515.56(245)	515.74(311)	-	-	-
Sec. V	502.80(332)	499.86(473)	n.s.	521.58(144)	501.41(284)	493.55(313)	-	-	-

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles .01

Tableau 14 - Proportion des amis qui prennent régulièrement de la drogue (1:100%, 4:50%, 7:0%).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	6.85(259)	6.81(203)	n.s.	6.87(69)	6.83(134)	6.81(197)	-	-	-
Sec. II	6.65(243)	6.47(276)	.055	6.55(49)	6.72(162)	6.52(236)	-	-	-
Sec. III	6.54(405)	6.04(301)	.001	6.49(111)	6.26(203)	6.36(317)	-	-	-
Sec. IV	5.83(309)	5.78(369)	n.s.	5.62(118)	5.89(229)	5.89(283)	-	-	-
Sec. V	5.38(307)	5.84(453)	.001	5.43(138)	5.72(270)	5.69(294)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 15 - Nombre moyen de minutes de gymnastique par mois.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	786.97(275)	725.48(257)	n.s.	688.59(64)	660.11(152)	828.24(241)	-	-	-
Sec. II	770.99(206)	531.76(260)	.001	582.70(47)	698.06(141)	639.05(210)	-	-	-
Sec. III	657.20(309)	541.20(254)	.043	654.05(93)	504.25(165)	632.33(241)	-	-	-
Sec. IV	722.73(205)	432.97(279)	.001	411.24(88)	573.93(165)	601.95(198)	-	-	-
Sec. V	627.03(173)	447.88(314)	.001	501.26(89)	516.08(180)	492.52(185)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 16 - Indice du temps passé à regarder la télévision, hier (4:1 heure, 5:1h30, 6:2 heures, 7:2h30).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	6.12(349)	6.86(306)	n.s.	4.89(80)	6.38(190)	7.01(288)	-	*	-
Sec. II	6.83(299)	6.12(307)	n.s.	5.07(57)	6.02(187)	6.88(272)	-	*	-
Sec. III	6.76(439)	5.77(332)	.044	6.81(124)	6.07(224)	6.17(336)	-	-	-
Sec. IV	5.90(330)	4.78(389)	.005	4.24(122)	5.07(244)	5.87(306)	-	*	-
Sec. V	5.21(332)	4.51(466)	.017	4.40(143)	4.71(285)	4.95(308)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 17 - Nombre moyen de minutes par séance de gymnastique.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	47.87(279)	48.98(259)	n.s.	42.71(65)	45.20(153)	49.70(243)	-	-	-
Sec. II	50.59(207)	52.23(263)	n.s.	61.85(47)	52.79(143)	48.66(211)	*	*	-
Sec. III	48.77(311)	48.05(255)	n.s.	52.71(94)	48.61(165)	47.23(242)	-	-	-
Sec. IV	49.89(207)	48.57(282)	n.s.	46.47(89)	49.81(166)	50.82(201)	-	-	-
Sec. V	42.71(174)	41.82(314)	n.s.	48.61(89)	41.66(180)	38.76(186)	*	*	-

5 niveaux:Garçons .05 - Filles .01

Tableau 18 - Nombre moyen d'heures de sports individuels, par année.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	304.14(397)	222.49(332)	.005	336.76(84)	341.33(203)	231.41(321)	-	*	*
Sec. II	384.99(322)	196.10(321)	.001	556.04(57)	351.20(197)	252.39(290)	*	*	*
Sec. III	362.66(453)	240.44(335)	.001	447.90(126)	307.46(229)	273.45(344)	*	*	-
Sec. IV	428.58(337)	284.38(398)	.001	383.02(123)	391.47(247)	318.60(315)	-	-	-
Sec. V	420.45(339)	256.69(476)	.001	363.28(144)	320.05(289)	300.89(316)	-	-	-

5 niveaux: Garçons .01 - Filles .01

Tableau 19 - Nombre moyen d'heures de sports d'équipe, par année.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	126.86(397)	52.86(332)	.001	113.60(84)	119.11(203)	88.29(321)	-	-	-
Sec. II	182.81(322)	46.74(321)	.001	204.81(57)	136.99(197)	103.28(290)	-	*	-
Sec. III	167.25(453)	66.82(335)	.001	178.90(126)	103.09(229)	120.63(344)	*	*	-
Sec. IV	178.53(337)	61.28(398)	.001	91.53(123)	121.37(247)	123.64(315)	-	-	-
Sec. V	196.50(339)	53.80(476)	.001	93.35(144)	105.44(289)	121.20(316)	-	-	-

5 niveaux: Garçons .01 - Filles n.s.

Tableau 20 - Nombre moyen d'heures pour tous les sports, par année.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	431.00(397)	275.35(332)	.001	450.36(84)	460.44(203)	319.69(321)	-	-	*
Sec. II	567.80(322)	242.84(321)	.001	760.84(57)	488.19(197)	355.68(290)	*	*	*
Sec. III	529.91(453)	307.26(335)	.001	626.81(126)	410.55(229)	394.08(344)	*	*	-
Sec. IV	607.10(337)	345.66(298)	.001	474.55(123)	512.84(247)	442.25(315)	-	-	-
Sec. V	616.94(339)	310.50(476)	.001	456.62(144)	425.49(289)	422.09(316)	-	-	-

5 niveaux: Garçons .01 - Filles .05

Tableau 21 - Proportion des amis qui prennent régulièrement de l'alcool (1:100%, 4:50%, 7:0%).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	6.25(255)	6.42(205)	n.s.	6.47(68)	6.29(135)	6.32(197)	-	-	-
Sec. II	6.08(247)	5.92(279)	n.s.	6.04(50)	6.12(164)	5.96(237)	-	-	-
Sec. III	5.71(403)	5.22(302)	.001	5.58(111)	5.51(203)	5.52(314)	-	-	-
Sec. IV	4.74(312)	5.07(368)	.013	4.98(118)	4.96(230)	4.91(284)	-	-	-
Sec. V	4.23(309)	4.67(456)	.001	4.16(139)	4.65(274)	4.51(293)	*	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 22 - "Vaut-il la peine de pratiquer l'hygiène?" (1: pas du tout, 4: moyennement 7: beaucoup).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	5.82(305)	5.66(251)	n.s.	5.82(74)	6.01(168)	5.64(238)	-	-	-
Sec. II	5.49(282)	5.58(295)	n.s.	5.87(55)	5.67(176)	5.49(261)	-	-	-
Sec. III	5.60(429)	5.70(315)	n.s.	5.99(117)	5.80(220)	5.48(327)	-	*	*
Sec. IV	5.56(324)	5.72(389)	n.s.	5.68(122)	5.78(243)	5.55(299)	-	-	-
Sec. V	5.34(321)	5.76(470)	.001	5.59(142)	5.53(280)	5.70(307)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles n.s.

Tableau 23 - "Peut-on améliorer soi-même sa santé?" (1: aucunement, 4:moyennement,7:beaucoup)

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	5.04(378)	5.07(323)	n.s.	4.73(83)	4.97(195)	5.17(306)	-	-	-
Sec. II	5.01(309)	4.73(308)	.05	5.04(56)	4.90(194)	4.85(276)	-	-	-
Sec. III	5.12(445)	5.00(325)	n.s.	5.00(124)	4.99(226)	5.17(336)	-	-	-
Sec. IV	5.21(328)	5.21(390)	n.s.	5.26(120)	5.30(244)	5.11(305)	-	-	-
Sec. V	5.10(327)	5.14(472)	n.s.	5.15(143)	5.01(283)	5.18(309)	-	-	-

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles .05

Tableau 24 - Indice de vulnérabilité perçue aux maladies de l'âge mûr (1: aucune, 4:moyenne 7: très grande).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	2.86(384)	3.04(310)	.011	3.02(82)	2.89(195)	2.97(305)	-	-	-
Sec. II	2.94(308)	3.32(305)	.001	2.92(56)	3.19(184)	3.12(281)	-	-	-
Sec. III	3.04(440)	3.28(326)	.001	2.91(126)	3.12(221)	3.24(334)	*	*	-
Sec. IV	3.03(331)	3.29(296)	.001	3.29(120)	3.10(243)	3.22(314)	-	-	-
Sec. V	3.16(324)	3.28(461)	.031	3.29(142)	3.17(279)	3.28(301)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 25 - Indice de stéréotypage sexuel d'activités de prévention (4: neutre, 7: très typique des filles).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	4.15(376)	4.61(311)	.001	4.53(79)	4.38(196)	4.39(297)	-	-	-
Sec. II	4.28(301)	4.70(305)	.001	4.51(55)	4.60(188)	4.45(272)	-	-	-
Sec. III	4.53(429)	4.70(323)	.004	4.71(122)	4.67(216)	4.57(334)	-	-	-
Sec. IV	4.59(324)	4.88(386)	.001	4.96(121)	4.76(238)	4.66(304)	*	*	-
Sec. V	4.68(322)	4.96(460)	.001	4.88(137)	4.86(277)	4.82(304)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 26 - Probabilité perçue de devenir alcoolique à l'âge adulte (1: impossible, 4: moyennement probable).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	1.88(394)	1.63(327)	.011	1.86(84)	1.72(202)	1.74(316)	-	-	-
Sec. II	1.92(316)	1.99(314)	n.s.	1.88(56)	1.89(192)	2.00(286)	-	-	-
Sec. III	2.07(449)	2.01(331)	n.s.	1.99(126)	1.94(225)	2.18(340)	-	-	-
Sec. IV	2.18(336)	1.97(396)	.034	2.05(122)	2.02(246)	2.16(314)	-	-	-
Sec. V	2.24(332)	1.82(471)	.001	2.20(144)	1.98(284)	1.91(309)			

5 niveaux:Garçons .01 - Filles n.s.

Tableau 27 - Probabilité perçue de devenir obèse à l'âge adulte (1: impossible, 4: moyennement probable).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	2.56(396)	2.84(329)	.013	2.58(84)	2.67(203)	2.76(318)	-	-	-
Sec. II	2.40(317)	3.10(316)	.001	2.39(56)	2.81(192)	2.71(288)	-	-	-
Sec. III	2.46(449)	3.02(331)	.001	2.28(126)	2.69(225)	2.88(340)	*	*	-
Sec. IV	2.48(335)	2.84(396)	.001	2.78(121)	2.52(246)	2.75(314)	-	-	-
Sec. V	2.54(333)	2.90(470)	.001	2.67(144)	2.65(284)	2.91(310)	-	-	-

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles n.s.

Tableau 28 - Probabilité perçue d'avoir un cancer du poumon à l'âge adulte (1: impossible, 4: moyennement probable).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	2.59(392)	2.76(328)	n.s.	2.88(84)	2.54(202)	2.71(317)	-	-	-
Sec. II	2.70(319)	3.21(317)	.001	2.74(57)	2.94(195)	2.95(289)	-	-	-
Sec. III	2.80(448)	3.04(333)	.028	2.75(126)	2.89(228)	2.99(339)	-	-	-
Sec. IV	2.79(337)	3.10(398)	.003	3.12(123)	2.96(247)	2.92(315)	-	-	-
Sec. V	3.03(337)	3.08(470)	n.s.	3.12(143)	2.94(286)	3.14(312)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .05

Tableau 29 - Probabilité perçue de faire de l'hypertension artérielle à l'âge adulte (1: impossible, 4: moyennement probable).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	2.68(392)	2.85(327)	n.s.	3.05(84)	2.68(201)	2.73(316)	-	-	-
Sec. II	2.89(318)	3.11(316)	.043	2.75(57)	3.00(194)	3.06(289)	-	-	-
Sec. III	2.98(449)	3.21(333)	.025	2.96(126)	3.08(228)	3.14(341)	-	-	-
Sec. IV	2.94(337)	3.23(398)	.002	3.09(123)	3.12(247)	3.12(315)	-	-	-
Sec. V	3.10(338)	3.34(470)	.009	3.35(143)	3.16(286)	3.34(313)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 30 - Probabilité perçue d'avoir un accident de voiture grave à l'âge adulte (1: impossible, 4: moyennement probable).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	3.69(395)	3.60(328)	n.s.	3.55(84)	3.60(200)	3.68(319)	-	-	-
Sec. II	3.82(319)	4.10(317)	.008	3.91(57)	4.03(194)	3.95(287)	-	-	-
Sec. III	3.96(450)	3.95(333)	n.s.	3.68(126)	3.96(227)	4.01(343)	*	*	-
Sec. IV	3.90(333)	3.23(398)	n.s. (.062)	4.19(122)	3.91(244)	3.99(315)	-	-	-
Sec. V	4.03(332)	3.98(472)	n.s.	4.17(144)	3.93(285)	4.00(311)	-	-	-

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 31 - Probabilité perçue de faire une "grosse dépression nerveuse" à l'âge adulte (1: impossible, 4: moyennement probable).

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE			CLASSE SOCIALE			sign.		
	garçons	filles	sign.	1	2	3	1&2	1&3	2&3
Sec. I	2.80(394)	3.36(327)	.001	3.18(83)	2.92(201)	3.09(317)	-	-	-
Sec. II	3.03(319)	3.66(318)	.001	3.00(57)	3.50(194)	3.25(289)	-	-	-
Sec. III	2.98(451)	3.49(333)	.001	2.94(126)	3.12(229)	3.31(342)	-	*	-
Sec. IV	2.93(335)	3.60(398)	.001	3.50(122)	3.24(246)	3.26(315)	-	-	-
Sec. V	3.03(333)	3.65(472)	.001	3.46(144)	3.39(285)	3.41(312)	-	-	-

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles .05

Tableau 32 - % des répondants qui n'ont pas suivi de régime d'amaigrissement.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE garçons % n	SEXE filles % n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 % n	CLASSE SOCIALE 2 % n	CLASSE SOCIALE 3 % n	sign.
Sec.I	87.5(322/368)	79.7(252/316)	.008	82.7(67/ 81)	84.0(163/194)	87.6(262/299)	n.s.
Sec.II	90.3(278/308)	75.6(239/316)	.001	81.8(45/ 55)	80.0(152/190)	84.7(244/288)	n.s.
Sec.III	91.9(411/447)	72.2(232/331)	.001	85.6(107/125)	82.4(187/227)	83.5(284/340)	n.s.
Sec.IV	93.6(309/330)	75.3(298/396)	.001	77.2(95/123)	87.3(213/244)	82.9(257/310)	.047
Sec.V	90.1(299/332)	62.6(296/473)	.001	67.8(97/143)	72.9(207/284)	76.1(239/314)	n.s.

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles .02

Tableau 33 - % des répondants qui n'ont pas porté de casque protecteur la dernière fois en moto.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE garçons % n	SEXE filles % n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 % n	CLASSE SOCIALE 2 % n	CLASSE SOCIALE 3 % n	sign.
Sec.I	36.1(84/233)	34.4(55/160)	n.s.	36.4(16/ 44)	31.8(34/107)	35.2(62/176)	n.s.
Sec.II	38.9(74/190)	39.2(65/166)	n.s.	25.0(8/ 32)	35.1(39/111)	40.1(65/162)	n.s.
Sec.III	32.4(92/284)	30.3(59/195)	n.s.	39.0(30/ 77)	31.2(44/141)	32.4(67/207)	n.s.
Sec.IV	30.0(72/240)	32.9(79/240)	n.s.	34.2(25/ 73)	28.4(44/155)	31.5(69/219)	n.s.
Sec.V	21.9(54/247)	20.4(55/270)	n.s.	26.7(23/ 86)	18.1(31/171)	20.1(44/219)	n.s.

5 niveaux:Garçons.01 - Filles .01

Tableau 34 - % des répondants qui, "d'habitude", portent toujours un casque protecteur en moto.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE garçons % n	SEXE filles % n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 % n	CLASSE SOCIALE 2 % n	CLASSE SOCIALE 3 % n	sign.
Sec.I	50.9(115/226)	50.6(85/168)	n.s.	51.1(23/ 45)	56.2(59/105)	51.7(92/178)	n.s.
Sec.II	45.4(88/194)	45.7(80/175)	n.s.	63.6(21/ 33)	50.9(56/110)	45.0(76/169)	n.s.
Sec.III	55.2(154/179)	56.9(112/197)	n.s.	56.3(40/ 71)	57.6(83/144)	52.6(110/209)	n.s.
Sec.IV	57.7(139/241)	54.7(127/232)	n.s.	52.1(37/ 71)	58.2(89/153)	56.4(123/218)	n.s.
Sec.V	68.0(164/241)	70.0(187/267)	n.s.	68.3(56/ 82)	72.2(122/169)	69.8(150/215)	n.s.

5 niveaux:Garçons .01 - Filles .01

Tableau 35 - % des répondants qui, "d'habitude", ne prennent pas de tranquillisants.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE garçons % n	SEXE filles % n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 % n	CLASSE SOCIALE 2 % n	CLASSE SOCIALE 3 % n	sign.
Sec.I	98.4(315/320)	96.7(265/274)	n.s.	97.4(74/ 76)	98.8(170/172)	97.7(252/258)	n.s.
Sec.II	97.8(273/279)	98.5(271/275)	n.s.	96.2(51/ 53)	99.4(172/173)	98.0(244/249)	n.s.
Sec.III	98.9(417/422)	97.6(287/294)	n.s.	99.1(116/117)	98.1(202/206)	98.1(307/313)	n.s.
Sec.IV	98.1(311/317)	97.9(334/341)	n.s.	97.3(108/111)	98.2(218/222)	98.2(279/284)	n.s.
Sec.V	98.7(307/311)	98.3(415/422)	n.s.	99.3(133/134)	99.2(259/261)	97.8(271/277)	n.s.

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles n.s.

Tableau 36 - % de raisons préventives de consulter, lors de la dernière visite chez le dentiste.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE garçons % n	SEXE filles % n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 % n	CLASSE SOCIALE 2 % n	CLASSE SOCIALE 3 % n	sign.
Sec.I	54.7(117/214)	52.7(96/182)	n.s.	78.8(52/ 66)	53.0(62/117)	45.8(76/166)	.001
Sec.II	48.3(102/211)	47.9(112/234)	n.s.	77.8(35/ 45)	54.3(76/140)	41.7(86/206)	.001
Sec.III	51.4(179/348)	45.8(126/275)	n.s.	79.3(69/ 87)	55.0(104/189)	36.0(103/286)	.001
Sec.IV	43.2(120/278)	52.8(171/324)	.023	61.8(63/102)	56.7(114/201)	38.6(100/259)	.001
Sec.V	45.6(130/285)	55.3(225/407)	.015	66.9(87/130)	54.7(135/247)	42.6(112/263)	.001

5 niveaux:Garçons n.s. - Filles n.s.

Tableau 37 - % des répondants qui font de la gymnastique, en plus des sports.

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE garçons % n	SEXE filles % n	sign.	CLASSE SOCIALE 1 % n	CLASSE SOCIALE 2 % n	CLASSE SOCIALE 3 % n	sign.
Sec.I	88.5(300/339)	90.2(266/295)	n.s.	82.9(68/ 82)	88.0(161/183)	93.1(258/277)	.01
Sec.II	75.2(221/294)	87.5(266/304)	.002	85.7(48/ 56)	80.1(145/181)	82.8(226/273)	n.s.
Sec.III	74.8(330/441)	81.8(206/325)	.026	81.6(102/125)	76.4(172/225)	77.1(256/332)	n.s.
Sec.IV	67.9(220/324)	73.3(288/393)	n.s.	73.0(89/122)	69.8(169/242)	71.1(216/304)	n.s.
Sec.V	56.2(182/324)	67.7(316/467)	.001	65.5(93/142)	64.6(181/280)	62.1(190/306)	n.s.

5 niveaux: Garçons .01 - Filles .01

Tableau 38 - % des répondants qui font de la gymnastique, soit à la maison, soit à l'école (sexe).

NIVEAU SCOLAIRE	A LA MAISON				A L'ECOLE				sign.
	garçons		filles		garçons		filles		
	%	n	%	n	%	n	%	n	
Sec. I	48.4	(108/223)	44.3	(85/192)	51.6	(115/223)	55.7	(107/192)	n.s.
Sec. II	55.5	(91/164)	30.1	(62/206)	44.5	(73/164)	69.9	(144/206)	.001
Sec. III	41.4	(111/268)	39.2	(87/222)	58.6	(157/268)	60.8	(125/222)	n.s.
Sec. IV	57.4	(101/176)	42.7	(102/239)	42.6	(75/176)	57.3	(137/239)	.004
Sec. V	78.2	(115/147)	62.5	(167/267)	21.8	(32/147)	37.5	(100/267)	.002

5 niveaux: Garçons .01 - Filles .01

Tableau 39 - % des répondants qui font de la gymnastique, soit à la maison, soit à l'école (classe sociale).

NIVEAU SCOLAIRE	A LA MAISON						A L'ECOLE						sign.
	1		2		3		1		2		3		
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Sec. I	42.6	(23/ 54)	48.7	(56/115)	50.3	(94/187)	57.4	(31/ 54)	51.3	(59/115)	49.7	(93/187)	n.s.
Sec. II	35.9	(14/ 39)	43.4	(43/ 99)	44.1	(79/179)	64.1	(25/ 39)	56.6	(56/ 99)	55.9	(100/179)	n.s.
Sec. III	29.1	(23/ 79)	39.7	(56/141)	46.5	(99/213)	70.9	(56/ 79)	60.3	(85/141)	53.5	(114/312)	.025
Sec. IV	48.7	(38/ 78)	49.3	(69/140)	48.2	(81/168)	51.3	(40/ 78)	50.7	(71/140)	51.8	(87/168)	n.s.
Sec. V	62.3	(48/ 77)	68.9	(104/151)	71.2	(114/160)	37.7	(29/ 77)	31.1	(47/151)	28.8	(46/160)	n.s.

Tableau 40 - % des répondants qui déclarent "les autres", comme responsables de l

NIVEAU SCOLAIRE	SEXE				CLASSE SOCIALE		
	garçons % n	filles % n	sign.	1 % n	2 % n	3 % n
Sec.I	71.0(272/383)	68.2(217/318)	n.s.	67.5(56/ 83)	62.8(123/196)	72.6(223/30
Sec.II	64.1(200/312)	59.6(186/312)	n.s.	54.4(31/ 57)	52.6(102/194)	67.1(188/28
Sec.III	55.6(245/441)	41.3(137/332)	.001	46.0(57/124)	48.0(108/225)	50.0(168/33
Sec.IV	35.1(115/328)	34.8(136/391)	n.s.	29.1(34/117)	34.3(84/245)	38.3(118/30
Sec.V	31.8(107/336)	18.0(85/472)	.001	13.4(19/142)	24.0(69/287)	26.9(85/31

5 niveaux: Garçons .01 - Filles .01

Tableau 41 - % des répondants qui utilisent le fil de soie dentaire.

NIVEAU SCOLAIRE	UNE FOIS PAR JOUR		JAMAIS		
	garçons	filles	garçons	filles	sign.
	% n	% n	% n	% n	
Sec. I	22.9(58/253)	38.6(81/210)	77.1(195/253)	61.4(129/210)	.001
Sec. II	28.0(66/236)	26.0(58/223)	72.0(170/236)	74.0(165/223)	n.s.
Sec. III	16.6(54/326)	27.7(67/242)	83.4(270/326)	72.3(175/242)	.001
Sec. IV	11.1(29/262)	23.5(60/255)	88.9(233/262)	76.5(195/255)	.001
Sec. V	10.0(26/259)	20.5(62/303)	90.0(233/259)	79.5(241/303)	.001

5 niveaux: Garçons .01 - Filles .01

	UNE FOIS PAR JOUR			JAMAIS			
	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{3}{3}$	sign.
Sec. I	% 26.2 n (11/ 42)	29.3 (39/133)	31.0 (66/213)	73.8 (31/ 42)	70.7 (94/133)	69.0 (147/213)	n.s.
Sec. II	% 34.3 n (12/ 35)	26.3 (36/137)	27.5 (60/218)	65.7 (23/ 35)	73.7 (101/137)	72.5 (158/218)	n.s.
Sec. III	% 24.4 n (20/ 82)	23.9 (42/176)	16.8 (41/244)	75.6 (62/ 82)	76.1 (134/176)	83.2 (203/244)	n.s.
Sec. IV	% 28.4 n (21/ 74)	16.1 (27/168)	16.0 (38/238)	71.6 (53/ 74)	83.9 (141/168)	84.0 (200/238)	.001
Sec. V	% 30.2 n (26/ 86)	14.6 (28/192)	10.8 (25/231)	69.8 (60/ 86)	85.4 (164/192)	89.2 (206/231)	.001

Tableau 42 - % des répondants déclarant qu'ils ne prendront "jamais" de mesures preventives dans les secteurs suivants (pour le tabac, seuls les fumeurs sont inclus).

NIVEAU SCOLAIRE	EXERCICE garçons % n	EXERCICE filles % n	sign	NUTRITION garçons % n	NUTRITION filles % n	sign	DENTISTE garçons % n	DENTISTE filles % n	sign
Sec.I	12.2(25/205)	4.0(7/174)	.007	11.6(24/207)	2.9(5/170)	.003	8.9(18/203)	3.6(6/166)	n.s.
Sec.II	20.0(40/200)	11.1(27/243)	.014	13.6(27/199)	4.1(10/243)	.001	15.2(30/197)	8.8(21/239)	.053
Sec.III	11.7(43/366)	10.7(29/270)	n.s.	8.7(32/766)	4.4(12/271)	.049	12.0(44/366)	9.0(24/268)	n.s.
Sec.IV	11.5(33/286)	6.4(22/345)	.032	12.7(36/283)	3.4(12/348)	.001	14.6(41/280)	6.6(23/346)	.001
Sec.V	6.8(19/278)	4.3(19/440)	n.s.	8.9(25/280)	1.8(8 /442)	.001	12.9(36/279)	6.4(28/437)	.004
5 niveaux:	Garçons .01 - Filles .01			Garçons n.s. - Filles n.s.			Garçons n.s. - Filles n.s.		

	TABAC garçons % n	TABAC filles % n	sign	MEDECIN garçons % n	MEDECIN filles % n	sign
Sec.I	46.7(14/ 30)	9.5(4/ 42)	.001	13.5(28/208)	3.1(5/161)	.001
Sec.II	40.9(18/ 44)	29.6(29/ 98)	n.s.	10.6(21/198)	10.3(24/234)	n.s.
Sec.III	31.7(32/101)	24.6(31/126)	n.s.	10.0(36/360)	9.3(25/269)	n.s.
Sec.IV	32.6(31/ 95)	22.1(32/145)	n.s.	19.1(53/277)	10.4(36/346)	.003
Sec.V	19.8(22/111)	16.1(30/186)	n.s.	13.7(37/271)	11.7(51/436)	n.s.
5 niveaux:	Garçons .01 - Filles .03			Garçons .02 - Filles .04		

Tableau 43 - Même chose qu'au tableau 42, selon la classe sociale.

NIVEAU SCOLAIRE		EXERCICE 1	EXERCICE 2	EXERCICE 3	sign	NUTRITION 1	NUTRITION 2	NUTRITION 3	sign	DENTISTE 1	DENTISTE 2	DENTISTE 3	sign
Sec.I	%	3.2	6.4	9.6	n.s.	7.9	5.7	7.6	n.s.	1.6	3.8	7.1	n.s.
	n	(2/ 62)	(7/109)	(15/157)		(5/ 63)	(6/106)	(12/158)		(1/ 61)	(4/104)	(11/154)	
Sec.II	%	4.5	9.7	19.2	.007	4.5	8.3	9.4	n.s.	2.3	10.4	13.9	n.s.
	n	(2/ 44)	(14/145)	(37/193)		(2/ 44)	(12/145)	(18/192)		(1/ 44)	(15/144)	(26/187)	
Sec.III	%	5.0	12.8	12.8	n.s.	5.9	4.5	8.3	n.s.	3.9	10.2	12.5	.049
	n	(5/101)	(23/180)	(37/289)		(6/101)	(8/178)	(24/288)		(4/102)	(18/176)	(36/288)	
Sec.IV	%	7.9	8.2	9.8	n.s.	7.0	7.7	7.6	n.s.	6.1	8.7	12.3	n.s.
	n	(9/114)	(17/208)	(26/264)		(8/115)	(16/209)	(20/262)		(7/115)	(18/207)	(32/260)	
Sec.V	%	3.0	5.0	6.3	n.s.	3.0	4.1	4.4	n.s.	3.0	9.5	11.3	.020
	n	(4/134)	(13/262)	(17/270)		(4/134)	(11/266)	(12/270)		(4/134)	(25/264)	(30/266)	

		TABAC 1	TABAC 2	TABAC 3	sign	MEDECIN 1	MEDECIN 2	MEDECIN 3	sign
Sec.I	%	33.3	16.7	23.7	n.s.	9.8	6.7	7.7	n.s.
	n	(2/ 6)	(3/ 18)	(9/ 38)		(6/ 61)	(7/104)	(12/156)	
Sec.II	%	15.4	21.2	38.6	n.s.	8.5.	3.5	13.2	.010
	n	(2/13)	(7/ 33)	(27/ 70)		(4/ 47)	(5/142)	(24/182)	
Sec.III	%	19.2	30.5	27.1	n.s.	9.8	9.9	8.7	n.s.
	n	(5/26)	(18/ 59)	(29/107)		(10/102)	(17/172)	(25/286)	
Sec.IV	%	24.0	23.5	27.5	n.s.	12.2	13.0	15.2	n.s.
	n	(12/50)	(16/ 68)	(28/102)		(14/115)	(27/208)	(39/257)	
Sec.V.	%	18.5	18.1	16.8	n.s.	12.2	14.2	9.8	n.s.
	n	(10/54)	(19/105)	(19/113)		(16/131)	(37/260)	(26/264)	

Tableau 44 - % des répondants déclarant qu'ils commenceront diverses actions préventives "d'ici un an" ou "d'ici cinq ans", en relation à ceux qui déclarent commencer "tout de suite" (ceux qui déclarent "jamais" sont exclus de ce tableau).

NIVEAU SCOLAIRE	EXERCICE garçons %	EXERCICE garçons n	EXERCICE filles %	EXERCICE filles n	sign	NUTRITION garçons %	NUTRITION garçons n	NUTRITION filles %	NUTRITION filles n	sign	DENTISTE garçons %	DENTISTE garçons n	DENTISTE filles %	DENTISTE filles n	sign
Sec.I	33.9	61 /180	40.7	68/167	n.s.	22.4	41/183	18.8	31/165	n.s.	25.4	47/185	23.1	37/160	n.s.
Sec.II	37.5	60 /160	40.7	88/216	n.s.	25.6	44/172	18.5	43/233	n.s.	24.0	40/167	24.8	54/218	n.s.
Sec.III	35.9	116/323	41.9	101/241	n.s.	24.6	82/334	15.4	40/259	.008	31.1	100/322	21.7	53/244	.017
Sec.IV	31.6	80 /253	34.4	111/323	n.s.	25.5	63/247	14.3	48/336	.001	28.5	68 /239	22.6	73/323	n.s.
Sec.V	31.7	82 /259	39.0	164/421	n.s.	25.5	65/255	7.6	33/434	.001	32.9	80 /243	23.5	96/409	.011
5 niveaux:	Garçons n.s. - Filles n.s.					Garçons n.s. - Filles .01					Garçons n.s. - Filles n.s.				

	TABAC garçons %	TABAC garçons n	TABAC filles %	TABAC filles n	sign	MEDECIN garçons %	MEDECIN garçons n	MEDECIN filles %	MEDECIN filles n	sign
Sec.I	68.8	11/16	60.5	/ 38)	n.s.	33.9	61/180	39.1	61/156	n.s.
Sec.II	57.7	15/26	43.5	30/ 69	n.s.	43.5	77/177	42.4	89/210	n.s.
Sec.III	59.4	41/69	60.0	57/ 95	n.s.	45.4	147/324	41.0	100/244	n.s.
Sec.IV	65.6	42/64	74.3	84/113	n.s.	52.7	118/224	47.4	147/310	n.s.
Sec.V	65.2	58/89	78.2	122/156	.038	56.4	132/234	52.5	202/385	n.s.
5 niveaux:	Garçons n.s. - Filles .01					Garçons .01 - Filles .01				

Tableau 45 - Même chose qu'au tableau 44, selon la classe sociale.

NIVEAU SCOLAIRE		EXERCICE 1	EXERCICE 2	EXERCICE 3	sign	NUTRITION 1	NUTRITION 2	NUTRITION 3	sign	DENTISTE 1	DENTISTE 2	DENTISTE 3	sign
Sec.I	%	33.3	39.2	38.7	n.s.	19.0	14.0	23.3	n.s.	16.7	27.0	25.2	
	n	(20/ 60)	(40/102)	(55/142)		(11/ 58)	(14/100)	(34/146)		(10/ 60)	(27/100)	(36/143)	
Sec.II	%	33.3	39.7	37.2	n.s.	16.7	22.6	20.7	n.s.	16.3	18.6	26.7	n.s.
	n	(14/ 42)	(52/131)	(58/156)		(7/ 42)	(30/133)	(36/174)		(7/ 43)	(24/129)	(43/161)	
Sec.III	%	29.2	41.4	39.3	n.s.	20.0	19.4	20.5	n.s.	22.4	25.3	29.0	n.s.
	n	(28/ 96)	(65/157)	(99/252)		(19/ 95)	(33/170)	(54/264)		(22/ 98)	(40/158)	(73/252)	
Sec.IV	%	31.4	32.5	34.5	n.s.	19.6	15.0	22.7	n.s.	18.5	24.3	27.6	n.s.
	n	(33/105)	(62/191)	(82/238)		(21/107)	(29/193)	(55/242)		(20/108)	(46/189)	(63/228)	
Sec.V	%	37.7	30.5	42.3	.022	14.6	10.2	17.8	.045	13.1	25.1	37.3	.001
	n	(49/130)	(76/249)	(107/253)		(19/130)	(26/255)	(46/258)		(17/130)	(60/239)	(88/236)	

		TABAC 1	TABAC 2	TABAC 3	sign	MEDECIN 1	MEDECIN 2	MEDECIN 3	sign
Sec.I	%	50.0	60.0	62.1	n.s.	25.5	35.1	42.4	n.s.
	n	(2/ 4)	(9/15)	(18/ 29)		(14/ 55)	(34/ 97)	(61/144)	
Sec.II	%	63.6	42.3	41.9	n.s.	39.5	39.4	46.2	n.s.
	n	(7/11)	(11/26)	(18/ 43)		(17/ 43)	(54/137)	(73/158)	
Sec.III	%	42.9	63.4	59.0	n.s.	39.1	43.9	43.7	n.s.
	n	(9/21)	(26/41)	(46/ 78)		(36/ 92)	(68/155)	(144/261)	
Sec.IV	%	78.9	69.2	68.9	n.s.	53.5	46.4	50.0	n.s.
	n	(30/38)	(36/52)	(51/ 74)		(54/101)	(84/181)	(109/218)	
Sec.V	%	79.5	73.3	72.5	n.s.	56.5	53.4	53.8	n.s.
	n	(35/44)	(63/86)	(71/ 94)		(65/115)	(119/223)	(128/238)	

Adelson, J., & Douvan, E. (1966) The Adolescent Experience, Wiley: New York.

Adelson, J., & O'Neil R.P. (1966) "Growth of Political Ideas in adolescence: the sense of community" Journal of Personality & Social Psychology, 4, pp. 295-306.

Aries, P. (1969) Le rôle nouveau de la mère et de l'enfant dans la famille moderne, Les Carnets de l'Enfance, 10, 36-46.

A Study of Health Practices & Opinions, (June, 1972), National Analysts, Inc., Philadelphia.

Becker, M.H., Maiman, L.A. (1975)"Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health & Medicare Recommandations," Medical Care, Vol. III, No. 1, pp. 10-24.

Belloc,Nedra B.(1973) Relationship of Health Practices and Mortality, Preventive Medicine, 2, pp. 67-81.

Bixenstine, E., et al (1976) "Parents are O.K. - but other adults are No Good", Journal of Developmental Psychology, vol. 12, cité dans "Psychology Today", (Octobre 1976).

Blos, P. (1962) "On Adolescence," Free Press: New York.

Blos, Peter (1975) "When & How Does Adolescence Ends: Structural Criteria for Adolescent Closure", in Feinstein, S.C. & Giovacchini, P.L. (eds), Adolescent Psychiatry(1977), Vol. V, Jason Aronson, Inc.: New York.

Boldt, E.D., et al (1976) "The Significance of Significant Others" Canadian Review of Sociology & Anthropology, 13 (3), pp. 345-351.

Breslow, L. (1972) "A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-Being", International Journal of Epidemiology, Vol 1, No. 4, pp. 347-355.

Campbell, John D. (1975) Attribution of Illness: Another Double Standard. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 16, No. 1, pp. 114-126.

Campbell, John, D. (1975) Illness is a point of view: the development of Children's Concepts of Illness. Child Development, Vol. 46, pp. 92-100.

Conger, J.J. (1971) "A world they never knew: the family and social change" in: Contemporary issues in adolescent development", pp. 86-104, Harper & Row. Publishing, New York.

Conroy, W.G., et al (April 4, 1973) "Modification of Smoking Behavior by Rokeach Self-Confrontation Technique", Paper presented at Annual Meeting of South-Eastern Psychological Association, New Orleans.

Dépatie, R., Lefebvre, Y., & Parent, C. (1975) Identification des écoles fréquentées dans une large mesure par des enfants de milieux défavorisés. Montréal, Conseil Scolaire de l'Ile.

Dépatie, R., Lefebvre, Y., & Parent, C. (1974) Identification des zones défavorisées de l'Ile de Montréal en vue d'une intervention de la part du milieu scolaire, Montréal, Conseil Scolaire de l'Ile.

Easson, Wm. H. (1977) "Depression in Adolescence" in Feinstein, S.C. & Giovacchini, P.L. (eds) Adolescent Psychiatry,Vol. V, Jason Aronson Inc.: New York

Ebtinger, R., & Sichel, J.P. (1971) "L'hypocondrie et le suicide chez l'adolescent", Confrontations Psychiatriques, No. 7.

Eisenberg, L. (1977) "The Perils of Prevention, A Cautionary Note", The New England Journal of Medicine, vol. 297, no. 22, pp. 1230-1232.

Elkind, David (1967) "Egocentrism in Adolescence", Child Development, 38, pp. 1025-1034

Elkind, D. (Spring 1978) Understanding the young adolescent, Adolescence, Vol. XIII, No. 49.

Erikson, E. (1950) Childhood & Society, Norton, : New York.

Erikson, E. (1968) Identity, Youth & Crisis, Norton,: New York

Esman, A.H. (1977) "Changing Values: Their Implications for Adolescent Development and Psychoanalytic Ideas" in: Feinstein, S.C. & Giovacchini, P.L. (eds) Adolescent Psychiatry (1977), Vol.V, Jason Aronson Inc.: New York.

Faust, Margaret, S. (1960) "Developmental Maturity as a Determinant in Prestige of Adolescent Girls", Child Development, 31, pp. 173-184.

Gochman, D.S. (1970) Children's Perceptions of Vulnerability to Illness and Accidents. Pub. Health Rep. Vol. 85, pp. 69-73

Gochman, D.S. (1971) Some Correlates of Children's Health Beliefs and Potential Health Behavior. Journal of Health and Social Behavior, Vol.12, pp. 148-154.

Gochman, D.S. (1971) Some Steps towards a Psychological Matrix for Health Behavior, Canadian Journal of Behavioral Science, Vol.3, pp. 88-101.

Gochman, D.S. (1972) The Organizing Role of Motivation in Health Beliefs and Intentions, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 13, pp. 285-293.

Gochman, D.S. (1972) Development of Health Beliefs, Psychological Reports, Vol. 31, pp. 259-266.

Gochman, D.S. (1973) A context for dental health education Internat., Journal Health Educat., supplement to vol. 16, issue no. 1.

Gochman, D.S. (1974) Preventive Encounters and their Psychological Correlates. American Journal of Public Hygiene, vol. 64, No. 11, pp. 1096-1098.

Gochman, D.S. (1975) The measurement and development of dentally relevant motives J. Pub. Health Dentistry.

Gochman, D.S., Bagramian, A., & Sheiham, A. Consistency in children's perceptions of vulnerability to health problems, Health Serv. Ment. Health. Assoc. Reports. Vol. 87, pp. 282-288,(1972).

Haefner, D.P., & Kirscht, J.P. (1970) Motivational & Behavior Effects of Modifying Health Beliefs, Public Health Reports, 6, pp. 478-84.

Herzlich, Claudine (1969) Santé et Maladie, Mouton: Paris.

Hochbaum, C.M. (1958) Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study, Public Health Service Publication No. 572. Washington, D.C.

Hochbaum, C.M. (1970) Health Behavior, Wadsworth Publishing Co.: Belmont, California

Jones, N.C. (1957) "The later career of boys who were early - or late - maturing", Child Development, 28, pp. 113-128.

Julien-Dubé, M. (1975) "Evaluation du savoir, de l'attitude et du comportement alimentaire des élèves du secondaire I et III de l'Ile de Montréal", Mémoire non publié de Maîtrise ès Sciences (Nutrition). Université de Montréal.

Kandel, et al (1976) "The epidemiology of drug use among New York State high school students", American Journal of Public Health, 66, pp. 43-53.

Kegeles, S.S. (1963) Some Motives for Seeking Preventive Dental Care, Journal of American Dental Association, 1, pp. 90-98.

King, S.H. (1971) Coping Mechanisms in Adolescence, Psychiatric Annals, Vol. 1, pp. 10-46.

Klineberg, O. (1971) Aspects sociologiques de l'adolescence, Confrontations Psychiatriques, No. 7, pp. 69-80.

Konopka, Gisela (1976) "Young girls: A Portrait of adolescence", Prentice-Hall, Inc. New Jersey.

Korchin, S.J. (1976) Modern Clinical Psychology, Basic Books: New York.

Lalonde, Marc (1974) "Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens", Ministère de la Santé Nationale et du Bien Être Social, Info Canada, Ottawa.

Larson, L.E. (1972) "The relative influence of parent-adolescent affect in predicting the salience hierarchy among youth", The Pacific Sociology Review, Vol. 15, No. 1, pp. 83-102.

Leighton, D.C. (1974) "Behavioral Science, Mental Health & Mental Illness", Conference of the John E. Fogarty International Center for Advanced Study in the Health Sciences, DHEW Publication, No. (N.I.H.) 76873, National Institute of Health, Bethesda, Maryland.

Levenson, H. (1973) "Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients" Journal of Consultive and Clinical Psychology, 41 (3), 397-404.

Levenson, H. (1974) "Activism and Powerful others: Distinctions within the Concept of Internal-External Control", Journal of Personality Assessment, 38 (4), 377-383.

Lewin, K. (1935) A Dynamic Theory of Personality, McGraw Hill: New York.

Lewis, C.E. et al (1972) "The Determinants of the Health - Related Beliefs & Behavior of Children", Center for the Health Sciences, Department of Medecine, U.C.L.A.

Lewis, I. (1977) in "Conference on Future Directions in Health Care: A New Policy, Feb. 15-16, 1977, New York City.

McKeown, Thomas (1977) in "Conference on Future Directions in Health Care: A New Policy" , February 15-16, 1977, New York City.

Mead, M. (1928) Coming of Age in Samoa, New York.

Mechanic, D. (1964) The influence of mothers on their children's health attitudes & Behavior, Pediatrics, 33, pp. 444-53.

Miller, Neal, E. (1975) "Behavioral Medicine as a New Frontier: Opportunities and Dangers", Proceedings of the National Heart & Lung Institute Working Conference on Health Behavior, Basve, Virginia (May 12-15, 1975), U.S. Dept. of HEW.

Mitchell, S.C. (1973) Symposium on prevention of atherosclerosis at the pediatric level, American Journal of Cardiology, 31.

Monographie des Affaires Sociales - Santé (Janvier 1974) "Les principales causes de décès dans la population active - Québec 1951-1971", Ministère des Communications, Québec.

Mussen, P.H., & Jones, M.C. (1957) "Self-Conceptions, Motivations & Inter-personal Attitudes of late-and early- maturing boys", Child Development, 28, pp. 243-256

Mussen, P.H., & Jones, M.C. (1958) The Behavior inferred motivations of late and early maturing boys, Child Development, 29, pp. 61-67

Cifer, D. (1969) "The Psychological World of the Teenager", Basic Books, New York.

O'Neill, Michel (1977) Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec, Québec, Centre Hospitalier de l'Université Laval.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1955) De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent, P.U.F.: Paris

Rogers & Reese (1964) "Health Studies - Presumably Normal High School Students", American Journal Dis. Children, 106, pp. 572-600.

Rokeach, M. (1973) The Nature of Human Values, The Free Press, Division of MacMillan Publishing Co., N.Y.

Rosenblatt, et al. (1976) Grief and Mourning in Cross-Cultural Perspective HRAF Press, U.S.A.

Rosenstock, J.M. (1960) What Research Motivation Suggests for Public Health. American Journal of Public Health, Vol. 50, No. 3, pp. 295-302.

Rosenstock, I.M. (1974) The Health Belief Model & Preventive Health Behavior. in M.H. Becker (Ed.) Health Education Monograph, (Vol. 2), Thorofare: Charles B. Slack.

Rosenstock, I.M. (1974), Historical Origins of the Health Belief Model & Preventive Health Behavior, in M.H. Becker (ed.) Health Education Monograph (vol. 2). Thorofare: Charles B. Slack.

Schonfeld, W.A. (1971) "La Psychiatrie de l'Adolescence: Un défi pour tous les psychiatres", Confrontations Psychiatriques, no. 7, pp. 9-36.

Sheppard, R.J., & Labarre, R. (1978) "Current Attitudes Towards Smoking in Toronto, Canadian Journal of Public Health, vol. 62, No. 2

Simmons, Roberta, et al (1973) Disturbance in the Self-Image of Adolescence. American Sociological Review, 38.

Tremolière, J. (1976) "Pour une médecine du Savoir-Vivre", Critère, (Automne 76), No. 15.

Werner, H., & Kaplan, B. (1963) "Symbol Formation - An organismic-developmental approach to language & the expression of thought", Wiley, New York.

William, C., et al (1977) "Primary Prevention of Chronic Disease Beginning in Childhood" Preventive Medicine, 6, pp. 344-357.

Zellermeyer, J., & Marcus, J. (1971) L'Adolescence dans les Kibboutz d'Israël, Confrontations Psychiatriques, No. 7.